



BERGEN KOMMUNE

Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune

Evalueringsrapport

Jeg har fått livet mitt tilbake!

(kvinne, 84 år)

Tenk at jeg nå selv kan lage
meg en kopp te akkurat når
jeg har lyst på det!

(kvinne, 81 år)

Jeg gleder meg hver dag til
hjemmetreningen, synes det
er positivt og inspirerende

(mann, 78 år)

Vil du se at jeg klarer å gå ut på
terrassen nå?

(kvinne, 81 år)

Endelig klarer jeg å lage mat
selv, og det smaker så mye
bedre

(kvinne, 81 år)

Forord

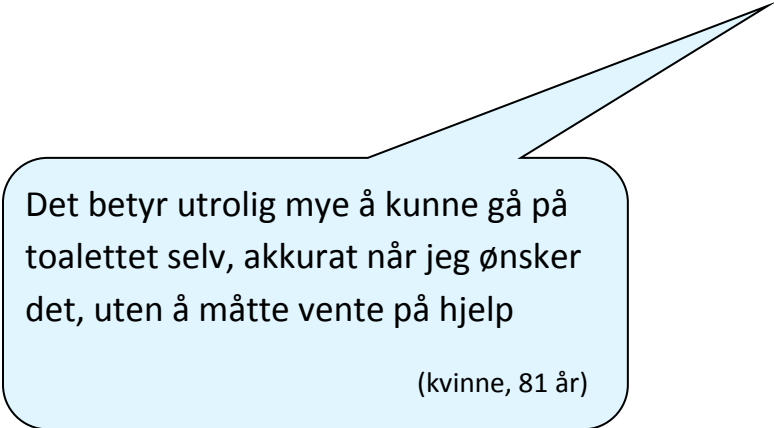
Denne rapporten er en evaluering av utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen 2015. Rapporten er et resultat av utviklings- og evalueringsarbeidet som har pågått fra oppstart i februar 2015 og involvert mange mennesker. Medarbeiderne i hverdagsrehabiliterings-teamet har vist innsatsvilje og kreativitet, og har med sin kompetanse løftet hverdagsrehabilitering i Bergen dit vi er i dag. Både interne og eksterne samarbeidspartnere, som har vært involvert i hverdagsrehabilitering i Bergen i prosjektperioden, har vært viktige bidragsyttere til resultatene vi har fått. Takk for all velvilje og støtte vi har fått på veien.

Vi har også hatt gode støttespillere ved datainnsamling og tolkning av data. Takk for uvurderlig innsats og godt samarbeid!

Underveis i prosessen med å skrive denne rapporten har vi fått gode innspill på tekster og innhold, noe som har vært avgjørende for det endelige resultatet slik rapporten foreligger i dag.

God lesning!

Bergen 11.januar 2016



Det betyr utrolig mye å kunne gå på
toalettet selv, akkurat når jeg ønsker
det, uten å måtte vente på hjelp

(kvinne, 81 år)

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Modell for organisering i prosjektperioden	3
1.3	Slik gjøres hverdagsrehabilitering i Bergen	4
1.3.1	Prosess hverdagsrehabilitering	4
1.3.2	Målgruppe	5
1.3.3	Forløp hverdagsrehabilitering	5
1.3.4	Kompetanseheving.....	6
1.3.5	Kommunikasjon og informasjon.....	6
2	Kunnskapsgrunnlag	7
2.1	Rehabiliteringspyramiden	7
2.2	Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring	8
3	Materiale og metode.....	10
3.1	Utfallsmål	10
3.1.1	Kvantitative data	10
3.1.2	Kvalitative data	11
3.2	Støttestrømpeprosjektet.....	12
4	Resultat.....	13
4.1	Deltagere i hverdagsrehabilitering.....	13
4.2	Kvantitative utfallsmål.....	13
4.3	Kostnad- og gevinstberegning hverdagsrehabilitering	16
4.4	Kvalitative utfallsmål	18
4.4.1	Erfaringer hverdagsrehabiliterings-teamet	18
4.4.2	Erfaringer samarbeidspartnere	20
4.4.3	Prosjektleders erfaringer.....	22
4.5	Støttestrømpeprosjektet.....	23
5	Refleksjoner.....	25
6	Oppsummering og veien videre	30
	Vedlegg	

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

På bakgrunn av erfaringer fra andre kommuner og kunnskap om egen organisasjon, utarbeidet en tverretattlig sammensatt arbeidsgruppe i 2014 en rapport med anbefalinger for et utprøvningsprosjekt i hverdagsrehabilitering i Bergen kommune (BkSak 2013-11213). Utprøvningsprosjektet som startet i 2015 har solid administrativ og politisk forankring. Det vises til Budsjett 2015 Økonomiplan 2015-2018 og prosjektmandat (BkSak 201311213-15). Hverdagsrehabilitering er en del av satsningen PROMO- Smart omsorg, og må ses i sammenheng med andre tiltak som skal bidra til at brukere kan bo lenger hjemme og da i særlig grad velferdsteknologi.

Hensikten med utprøvningsprosjektet har vært å vurdere om hverdagsrehabilitering har effekt for brukere, medarbeidere og for kommuneøkonomien. Det har også vært nødvendig å identifisere faktorer som er avgjørende for vellykket implementering av tjenesten i hele kommunen.

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset innsats for den som opplever at hverdagsaktiviteter begynner å bli utfordrende. Formålet med hverdagsrehabilitering er å styrke brukerens funksjonsnivå og mestringsevne slik at vedkommende i størst mulig grad kan mestre aktiviteter som den enkelte opplever som viktig. Tilbudet passer best for dem som har hatt et nylig fall i funksjon, og som er motivert og ønsker å gjøre en innsats for å gjenvinne det man tidligere mestret, slik at man i størst mulig grad kan klare seg selv i hverdagen. Prosjektleder Anita Brekke Røed og det tverrfaglige teamet, som alle er rekruttert fra egne rekker i kommunen, startet opp i februar/ mars 2015. Teamet består av en fysioterapeut, en ergoterapeut, en sykepleier, fire hjemmetrenerne og en saksbehandler alle med 100 % stilling. Før teamet startet, gjennomførte prosjektleder i samarbeid med soneleder og merkantilt personale i sone Ytrebygda et omfattende forarbeid med tilrettelegging av praktiske og organisatoriske forhold. Prosjektleder utarbeidet i denne perioden en faglig kompetanseplan som ble gjennomført som felles kompetanseheving for hele teamet. Selve utprøvingen av tjenesten startet opp 13. april 2015 og varte ut 2015. Prosjektet startet med bydelene Årstad og Ytrebygda men fra 13. oktober, ble også Fana inkludert, og nedslagsfeltet omfattet da hele Forvaltningssone sør.

Utprøvningsprosjektet er gjennomført i henhold til prosjektplan og milepælsplan. Ambisjonen om at 100 brukere skulle få vedtak om hverdagsrehabilitering i prosjektperioden ble nådd 04.12.15.

1.2 Modell for organisering i prosjektperioden

Prosjekt hverdagsrehabilitering i Bergen benytter en *spesialistmodell*, det vil si at tjenesten ytes av et fast tverrfaglig team med en saksbehandler, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sykepleier og fire hjemmetrenerne. Hjemmetrenerne er hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider. I en del andre kommuner har man valgt å integrere tilbudet direkte i de ordinære hjemmetjenestene. Det tverrfaglige teamet har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av hele rehabiliteringsprosessen. De jobber bare på dagtid i ukedagene. Hjemmesykepleien går til de brukerne som trenger bistand kveld/natt og i helger med ordinære hjemmetjenester. Modellen for hverdagsrehabilitering i Bergen kommune bygger på en modell fra Fredericia i Danmark som også er brukt blant annet i Stavanger kommune.

Prosjektleder og medarbeiderne i teamet har i prosjektperioden vært ansatt i Etat for hjemmebaserte tjenester sone Ytrebygda, med unntak av saksbehandleren i teamet som er ansatt i Etat for forvaltning sone sør. Prosjektleder er ansvarlig for daglig drift av tjenesten (inkludert fag-, økonomi- og personalansvar) og rapporterer i daglig drift til soneleder Ytrebygda.

Kommunaldirektør for Byrådsavdeling helse og omsorg har vært prosjekteier. Prosjektleder har også hatt rapporteringsansvar til prosjekteier via prosjektansvarlig Eileen Langedal, rådgiver ved byrådsavdelingen. Prosjektgruppen er sammensatt av deltakere fra alle involverte etater og tjenester samt representanter for brukerorganisasjoner:

Anita Brekke Røed (prosjektleder)
Eileen Langedal (BHO prosjektansvarlig)
Inger H. Larsen (BHO seksjon for helse og omsorg)
Øystein Halland (BHO seksjon økonomi)
Per Waardal (USHT)
Magny Aalen (Etat for hjemmebaserte tjenester, enhetsleder sone Ytrebygda)
Ann Charlotte Hageberg (Hjemmehjelpstjenesten, leder)
Tove Bergan (Etat for helsetjenester, rådgiver)
Andrid Hammersland (Etat for forvaltning, rådgiver)
Berit Strandborg (Eldrerådet)
Anita Scheie (Kommunalt råd for funksjonshemmede)

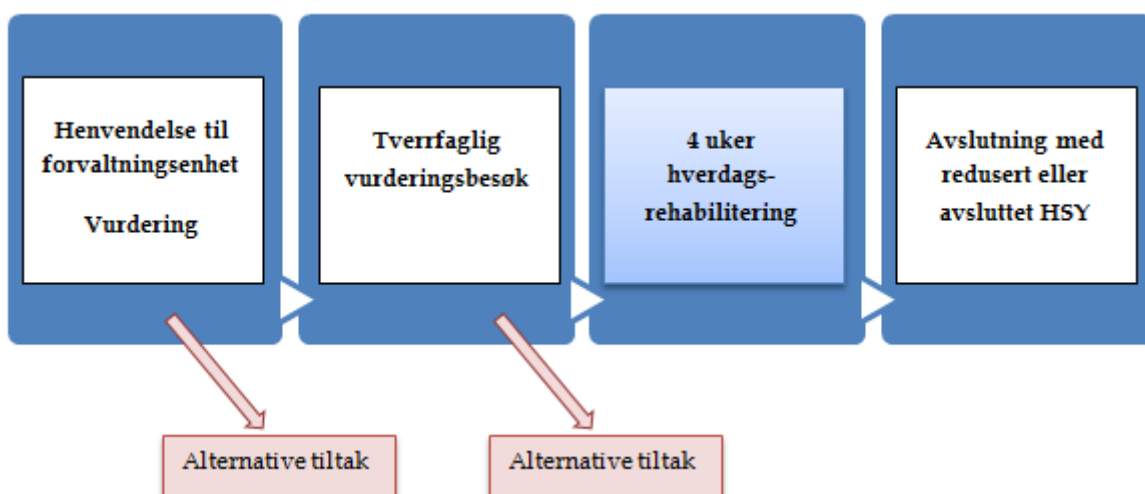
Det har vært fem prosjektgruppemøter der sentrale problemstillinger og dilemma har vært diskutert.

1.3 Slik gjøres hverdagsrehabilitering i Bergen

1.3.1 Prosess hverdagsrehabilitering

Proessen frem til vedtak om hverdagsrehabilitering i Bergen følger et forløp fra henvendelse til forvaltningsenheten via tverrfaglig vurderingsbesøk til vedtak slik figur 1 viser.

Figur 1. Prosess hverdagsrehabilitering i Bergen



Brukere kan søke direkte om hverdagsrehabilitering til Forvaltningsenhet sone sør. I tillegg vurderes øvrige søknader og henvendelser om helse- og omsorgstjenester for å identifisere potensielle kandidater til hverdagsrehabilitering. For aktuelle kandidater gjennomføres det vurderingsbesøk hvor saksbehandler og enten fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier fra hverdagsrehabiliteringsteamet deltar. Etter vurderingsbesøket gjøres et vedtak hvor bruker enten får avslag eller innvilget hverdagsrehabilitering. Brukere som får avslag vurderes med tanke på om de kan ha behov og nytte av andre tjenester. Vedtak om hverdagsrehabilitering gis for inntil fire uker, med mulighet for forlengelse etter individuell vurdering. Alle får oppfølgingsbesøk av hjemmetrener fire uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

1.3.2 Målgruppe

Målgruppen har vært voksne hjemmeboende personer med begynnende funksjonsfall, som opplever vansker med å utføre hverdagsaktiviteter og ønsker å jobbe mot egne mål. I prosjektperioden ble tilbudet gitt til hjemmeboende personer i to bydeler i kommunen; Årstad og Ytrebygda. Fra 13.10.15 ble også Fana bydel inkludert i prosjektet.

Ved oppstart av prosjektet ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier vurdert som veiledende:

Inklusjonskriterier:

- Personer med rehabiliteringspotensiale som søker tjenester fra hjemmesykepleie eller hjemmehjelp første gang.
- Personer med rehabiliteringspotensiale med brått funksjonsfall som har hjelp fra hjemmesykepleie eller hjemmehjelp.
- Personer med rehabiliteringspotensiale som ønsker å gjøre en egeninnsats for å mestre aktiviteter i dagliglivet.

Eksklusjonskriterier:

- Brukere med langt kommet degenerativ sykdom eller i terminalfase.
- Brukere med omfattende mental/kognitiv svikt.
- Personer som ikke er motivert og ikke kan motiveres til egeninnsats for å mestre aktiviteter i dagliglivet.

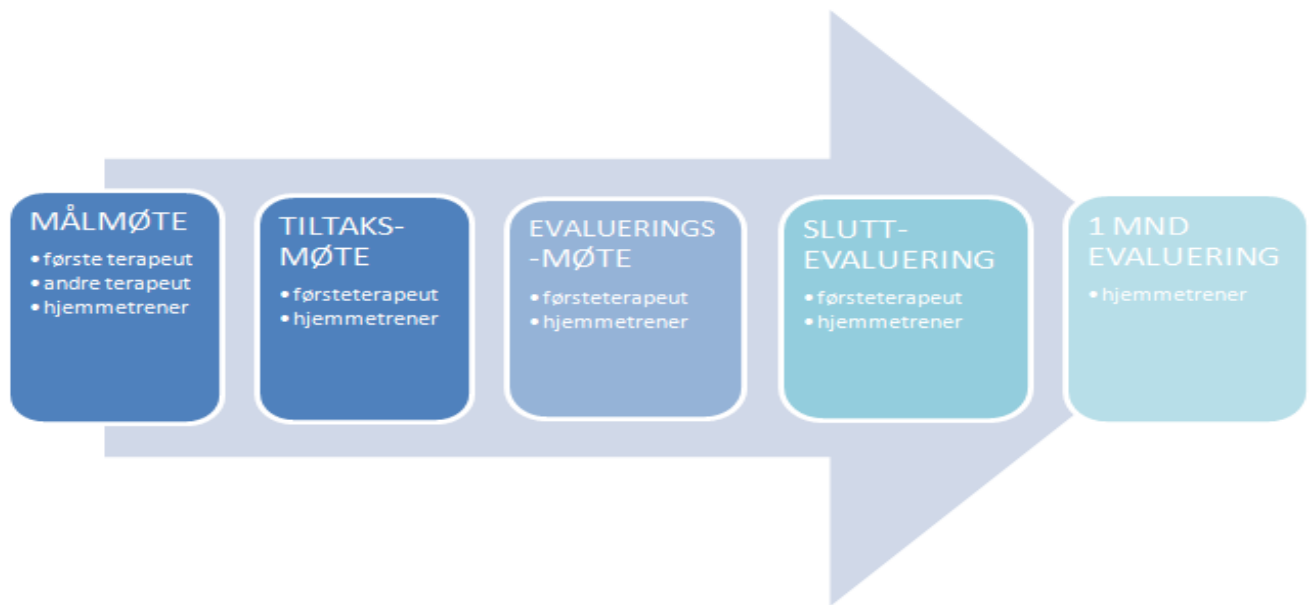
1.3.3 Forløp hverdagsrehabilitering

Teamet har utarbeidet en foreløpig metodebok for hvordan hverdagsrehabilitering i Bergen skal gjennomføres, som er inspirert av Stavanger kommunes hverdagsrehabiliteringsmodell.

Metodeboken har vært evaluert kontinuerlig i prosjektperioden slik at gode erfaringer er ført til og uhensiktsmessige rutiner tatt bort.

Hovedtrekkene i hverdagsrehabilitering vises i fig. 2. Førsteterapeut er brukerens «primærterapeut» (ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier) og jobber tverrfaglig sammen med andreterapeut og hjemmetrener om brukerens rehabiliteringsprosess.

Figur 2. Hovedtrekk i forløpet hverdagsrehabilitering i Bergen



Rehabiliteringsprosessen gjennomføres i tett tverrfaglig samarbeid der bruker aktivt medvirker. Det sendes alltid elektronisk melding til fastlegen før oppstart. *Målmøtet* tar utgangspunkt i brukers ønsker og mål og det utarbeides en tiltaksplan som gjennomgås på *tiltaksmøtet*. Hjemmetrener øver sammen med bruker på de avtalte tiltakene. Etter 14 dager gjennomføres et *evalueringsmøte* sammen med bruker der tiltaksplanen evalueres. Det følger så en ny 14 dagers periode der hjemmetrener trener sammen med bruker mot eksisterende og eventuelt nye mål. Ved avslutning gjennomføres en *sluttevaluering* hjemme hos bruker. Rapport sendes deretter til fastlege. Hjemmetrener har ansvar for et *oppfølgingsbesøk* hos bruker fire uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

1.3.4 Kompetanseheving

Teamet er sammensatt av kompetente medarbeidere med god grunnkompetanse fra ulike fagfelt. I tillegg har teamet gjennomgått en kompetanseheving i temaer relatert til hverdagsrehabilitering for å skape en felles plattform for teamet. Eksempel på temaer er øvelser til hjemmetrening (OTAGO), ulike tester, veiledning, Inviterende Samtale, velferdsteknologi og IPLOS. Utvalgte samarbeidspartnere har også blitt invitert til å delta i kursene Inviterende Samtale og OTAGO.

1.3.5 Kommunikasjon og informasjon

Hverdagsrehabilitering er en ny tjeneste og del av en omstilling av kommunens helse- og omsorgstjenester, noe som vil utfordre holdninger og forventninger hos både brukere, pårørende og kommunens ansatte. Omfattende informasjon om tilbudet er viktig for å skape trygghet blant brukere og pårørende, og for å rekruttere brukere. I samarbeid med informasjonsrådgiver ved BHO ble det utarbeidet en informasjonsplan med blant annet brosjyre, informasjonsvideo, informasjon på kommunens nettside, hyppige foredrag hos samarbeidspartnere og flere avisoppslag der fornøyde brukere har stått fram. Hverdagsrehabiliteringsteamet har også gitt ut to egne intern-aviser som i hovedsak har vært distribuert til samarbeidspartnere.

2 Kunnskapsgrunnlag

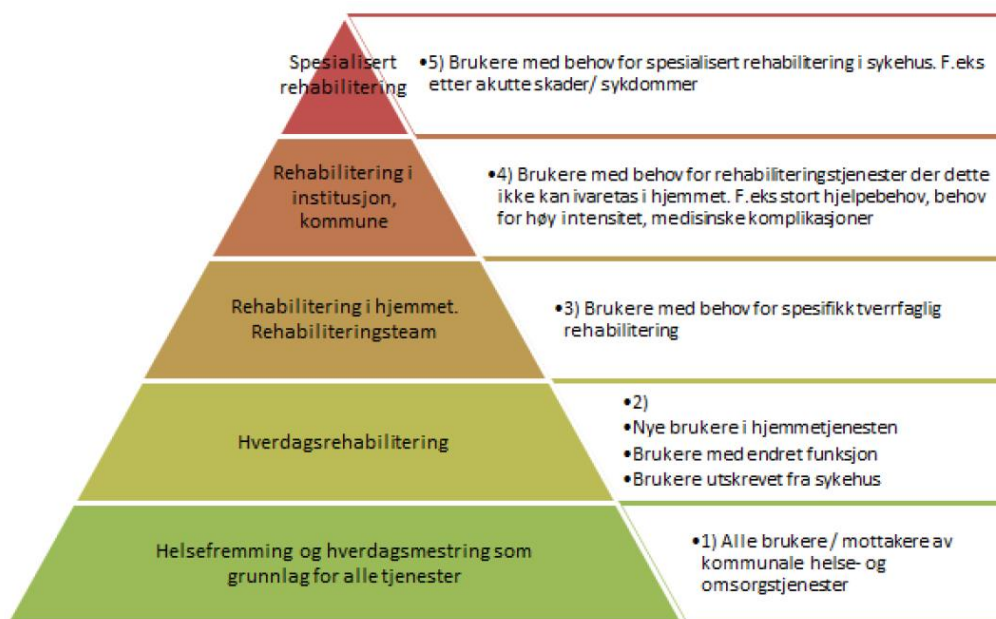
Regjeringen har som mål å utvikle et samfunn som fremmer en aktiv og trygg aldring slik at eldre kan bo hjemme i kjente omgivelser lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Stortingsmelding 29, Morgendagens omsorg, fremhever viktigheten av at kommunene tilbyr tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering for å nå disse målene. Det påpekes også at brukerne skal være ressurs i eget liv og få muligheter til å mestre hverdagen best mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Dette gjenspeiles i Bergen kommunes Budsjett- og økonomiplan 2016- 2020 der det fremheves at kommunen skal utvikle mer fremtidsrettede måter å løse helse- og omsorgsoppgavene på. Ved hjelp av hverdagsrehabilitering, innovasjon og velferdsteknologi vil Byrådet dreie tjenesteytingen fra kompensierende tiltak til forebygging og tidlig innsats, og legge til rette for økt selvstendighet, livskvalitet og trygghet.

Ved å innføre hverdagsrehabilitering i kommunen vil man i større grad kunne vektlegge aktivitet, deltagelse og hverdagsmestring i hjemmetjenesten. I tillegg kan det være økonomisk besparende i og med at funksjonssvikt kan utsettes og brukerne vil få mindre avhengighet av helse- og omsorgstjenester. Det kan også gjøre medarbeiderne i kommunen mer tilfredse ved å se at brukerne de jobber med mestrer nye oppgaver (Fürst og Høverstad, 2014). En nyere studie av Tunntland et al (2015) konkluderer med at brukere har bedret både aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

2.1 Rehabiliteringspyramiden

Rehabiliteringspyramiden (fig. 3) illustrerer en inndeling av rehabilitering i fem nivåer. Den synliggjør at det finnes ulike former for rehabilitering tilpasset ulike rehabiliteringsbehov, og at det på kommunalt nivå er viktig å ha et differensiert rehabiliteringstilbud.

Figur 3. Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune 2013a)



De tre nederste nivåene i pyramiden illustrerer rehabilitering i personens eget nærmiljø mens de to øverste nivåene viser spesialisert rehabilitering på institusjon. Komplekse problemstillinger og sykdomsrelaterte problemer skal behandles på sykehus og institusjon hvor det er mer tilgjengelig medisinsk faglig kompetanse. Senere i forløpet når bruker kommer hjem vil det være behov for fagkompetanse som vektlegger å øke brukers selvstendighet i eget hjem og nærmiljø.

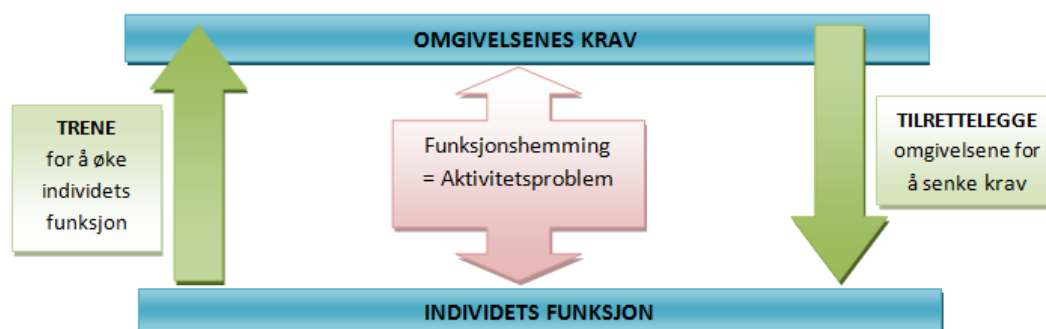
Hverdagsrehabilitering er et supplement til rehabiliteringsarbeidet som allerede utføres i kommunen. For eksempel kan hverdagsrehabilitering videreføre godt rehabiliteringsarbeid fra institusjon inn i hjemmet og supplere rehabiliteringsarbeidet til ergo- og fysioterapitjenesten. Hverdagsrehabilitering forutsetter tilstrekkelig rekruttering av ergoterapeuter og fysioterapeuter noe flere norske kommuner mangler. Det er vesentlig at hverdagsrehabilitering ikke erstatter, men supplerer diagnosespesifikk og spesialisert rehabilitering. Terapeutressurser bør derfor ikke tas fra den etablerte rehabiliteringstjenesten (Tuntland og Ness 2014).

2.2 Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger personens helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger (Tuntland og Ness 2014). Det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering kalles hverdagsmestring. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå (Ness m.fl., 2012).

Problemer med å løse oppgaver i hverdagen oppstår på grunn av et misforhold mellom personens forutsetninger og omgivelsenes krav. Gap-modellen illustrerer hvordan aktivitetsproblem kan oppstå dersom individets funksjon er for lav eller omgivelsenes krav er for høye, og hvordan man kan jobbe for å redusere aktivitetsproblemet med ulike tilnærminger (figur 4).

Figur 4. GAP-modell (fritt fra Lie 1989)



I hverdagsrehabilitering gjøres det en innsats både med trening for å øke individets funksjon og med tilrettelegging for å senke omgivelsenes krav. Hverdagsrehabilitering kan slik sett bidra til å øke livskvaliteten og bedre funksjonsnivået hos brukerne. Man tar utgangspunkt i å finne hvilke muligheter bruker selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Brukernes ressurser, ønsker og mål er utgangspunktet for tjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2013b). Ved hjelp av målrettet rehabiliteringsarbeid der man yter intensiv

innsats på et tidlig tidspunkt etter et funksjonsfall, hindres ytterligere fall i funksjon. Dette omtales gjerne som et «ytelsessjokk» som omfatter både trening, tilrettelegging av aktiviteter og endring av personens miljøbetingelser for å fremme mestring (Tuntland og Ness 2014). Tidligere evalueringer viser at det er betydelig økning i funksjon og mestringsevne hos deltagere som har mottatt hverdagsrehabilitering. Mange opprettholder økt mestringsevne og har fortsatt redusert behov for tjenester når det har gått tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering (Füerst og Høverstad, 2014).

Det er i en tidlig fase av et funksjonsfall man skal være spesielt oppmerksom på "hjelpfellen" ved å tilby passiviserende hjelp og med det «ta fra» bruker muligheten til å gjenoppta tidligere aktiviteter. Hverdagsrehabilitering er et paradigmeskifte i mange kommuner ved at man går *fra* å spørre etter hva problemet til bruker er *til* å fokusere på hva som er viktige aktiviteter i livet. Samtidig endres fokus fra «lengst mulig i eget hjem» til «lengst mulig i eget liv» (Füerst og Høverstad, 2014).

"Silo-organisering" mellom rehabilitering, hjemmetjenester og praktisk hjelp i hjemmet kan vanskeliggjøre tett tverrfaglig samarbeid i en tidlig fase av funksjonsfall hos bruker. Både forvaltning, fagpersoner og bruker selv, kan lett havne i den fellen at tiltakene som tilbys tar utgangspunkt i kommunens standardtiltak (Tuntland og Ness 2014). Ved tidlig innsats og intensiv trening kan hjelpebehovet utsettes og selvstendighet økes.

3 Materiale og metode

Det vises til pkt. 1.3.2. for beskrivelse av målgruppe for hverdagsrehabilitering i prosjektperioden. Ved utgangen av 2015 hadde 101 brukere fått vedtak på hverdagsrehabilitering. Datainnsamlingen til denne rapporten er gjort i tidsrommet 13.04 – 31.10.15 og omfatter 68 personer som har fått vedtak på hverdagsrehabilitering. I rapporten vises beskrivende analyser av utfallsmålene.

3.1 Utfallsmål

For å evaluere ressursinnsats og resultater i prosjektet er det tatt utgangspunkt i kartleggingsverktøyene i KS' modell «Registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering» (Füerst & Høverstad 2014). Her beskrives kort kartleggingsverktøyene som hverdagsrehabiliteringsteamet brukte før og etter gjennomført hverdagsrehabilitering for hver enkelt bruker, og som danner grunnlaget for oppsummerte resultater som presenteres i kapittel 4.

3.1.1 Kvantitative data

Kvantitative data ble samlet inn ved hjelp av ulike måleverktøy. Statistiske analyser ble gjennomført med IBM SPSS statistic 23.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) beskriver og måler mestring av viktige men utfordrende aktiviteter for en person. COPM brukes i hverdagsrehabilitering for å innhente brukerens vurdering av sine egne aktivitetsutfordringer og evaluere nytten av rehabiliteringstiltakene (Tuntland og Ness, 2014) Bruker skårer sin utførelse og tilfredshet på en tipunkts skala der 1 er laveste og 10 er høyeste skår. Endringskår på 2 poeng indikerer klinisk viktig endring. I dette prosjektet ble COPM benyttet av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier på målsamtalen og ved sluttevaluering. Hjemmetrener reskåret COPM fire uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering, og representant fra USHT reskåret igjen 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

Short Physical Performance Battery (SPPB) er en test for screening av fysisk funksjon hos eldre. Testen vurderer statisk balanse, ganghastighet og evne til å reise seg fra en stol. Testen kan gi en totalskår på en skala fra 0 til 12 poeng der endring på 1 poeng indikerer klinisk relevant endring. SPPB ble gjennomført av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier på vurderingsbesøket og ved sluttevaluering.

Ganghastighet brukes stadig oftere i kartleggingsarbeid for å avdekke begynnende funksjonsproblem. Det er tatt til orde for at den foretrukne ganghastigheten forteller oss så mye om generell helsetilstand og funksjon at den kan sees på som et «vitalt tegn» (Bogen et.al, 2013). Vi valgte å bruke ganghastigheten målt i m/s som ble målt ved gjennomføring av SPPB.

Falls Efficacy Scale – International (FES-I) måler egenopplevd fallbekymring der man angir i hvor stor grad man er bekymret for å falle i 16 ulike daglige aktiviteter. Testen har en minimumsskår på 16 poeng som indikerer lav fallbekymring og en maks skår på 64 poeng som indikerer høy fallbekymring. Hjemmetrener hadde ansvar for skåring av FES-I ved oppstart, avslutning og fire uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

IPLOS er et nasjonalt register med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. IPLOS ble skåret ved vurderingsbesøk, ved avslutning og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

Det ble også innhentet data på livskvalitet med måleredskapet **EQ-5D-5L**. Underveis i prosjektperioden ble det klart at det per i dag ikke er utarbeidet et «Crosswalk value set» for EQ-5D-5L i Norge, og grunnet dette ønsker vi å avvente videre analyse av dette materialet.

Brukers tilfredshet med rehabiliteringsprosessen

Ved avslutning av tjenesten og etter 12 uker fikk brukerne tre spørsmål om tilfredshet med egen rehabiliteringsprosess og den bistanden de hadde fått i hverdagsrehabilitering.

Kommunens ressursinnsats

Det ble registrert antall timer hjemmesykepleie (HSY) og praktisk bistand husholdning (PBH) pr. uke for hver enkelte bruker før og etter gjennomført hverdagsrehabilitering:

- For brukere som hadde fått hjelp av hjemmetjenesten før de fikk tilbud om hverdagsrehabilitering ble faktisk ytt hjelp registrert.
- For nye brukere ble det gjort et estimat på hvor mye hjelp fra hjemmetjenestene som brukeren ville måtte få, dersom vedkommende ikke hadde fått hverdagsrehabilitering (her kalt «skyggevedtak») (Fürst & Høverstad 2014).

I tillegg ble ressursinnsatsen til hverdagsrehabiliteringsteamet registrert i form av gjennomsnittlig antall timer pr. uke pr. bruker.

3.1.2 Kvalitative data

For å innhente brukernes og medarbeidernes opplevelser av hverdagsrehabiliteringsprosessen ble følgende metoder benyttet:

Fokusgruppeintervju av medarbeidere i hverdagsrehabiliteringsteamet

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med teammedarbeiderne der hensikten var å vurdere om hverdagsrehabilitering har hatt betydning for medarbeidernes jobbtilfredshet, få fram deres erfaringer med hverdagsrehabilitering og identifisere faktorer som er viktig for implementering av tjenesten hverdagsrehabilitering i hele kommunen. Hele hverdagsrehabiliteringsteamet deltok på fokusgruppeintervjuet som ble gjennomført og oppsummert av Oddvar Førland fra Senter for omsorgsforskning Vest og Sønneve Teigen fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Materialet ble oppsummert i hovedgrupper og temaer.

Erfaringsmøter med samarbeidspartnere

Det ble gjennomført uformelle evalueringsmøter med soneledere og gruppeledere i involverte enheter i Etat for forvaltning og Etat for hjemmebaserte tjenester.

Prosjektleders erfaringer

Avslutningsvis i kapittel fire oppsummerer prosjektleder sine erfaringer.

3.2 Støttestrømpeprosjektet

Det ble i en tidsavgrenset periode opprettet et støttestrømpeprosjekt i samarbeid med hjemmesykepleien i Årstad og Ytrebygda. Brukere som hadde daglig hjemmesykepleie for å ta av og på støttestrømper fikk tilbud om hjemmebesøk for å klare dette selv. Dataene er systematisert og analysert. PhD- student Lene Kristiansen ved Høgskolen i Bergen har bearbeidet resultatene i støttestrømpeprosjektet.

4 Resultat

4.1 Deltagere i hverdagsrehabilitering

Resultatene omfatter 57 deltagere som gjennomførte et forløp i hverdagsrehabilitering i bydelene Årstad, Ytrebygda og Fana i perioden 13.04.15 til 31.10.15. I denne perioden fikk 68 personer vedtak om hverdagsrehabilitering. Av disse avbrøt 11 personer forløpet på grunn av uavklarte medisinske tilstander som ble avdekket underveis i rehabiliteringsprosessen, svært lav fysisk kapasitet og /eller sykehusinnleggelse. Brukerne fikk i gjennomsnitt 22 timer hverdagsrehabilitering.

Deltakernes gjennomsnittsalder er 82 år (38-97) og det deltok 42 kvinner og 15 menn. Deltagerne er rekruttert fra hjemmet (45), korttidsavdeling (5) og sykehus (7).

4.2 Kvantitative utfallsmål

På grunn av prosjektperiodens varighet var det kun tid til å gjennomføre fire ukers evaluering på 50 av de 57 deltagerne, og 12 ukers evaluering på 37 av de 57 deltagerne. Det ble valgt å ikke utføre målinger på alle tester ved fire og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

I tabell 1 vises en oversikt over resultatene som er innhentet med kvantitativ metode. Statistiske tester viser at alle endringsmål er signifikante. Etter dette ser vi nærmere på noen av utfallsmålene.

Tabell 1. Gjennomsnittlig skår for brukere av hverdagsrehabilitering i perioden 13.04- 31.10.15 ved følgende måletidspunkt; oppstart, avslutning, 4 og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering

	Oppstart HvReh	Avslutning HvReh	Endring	4 uker etter avsluttet HvReh	12 uker etter avsluttet HvReh
Fysisk funksjon (SPPB) ¹	4,6	6,3	1,7		
Ganghastighet (m/s)	0,5	0,6	0,1		
Fallbekymring (FESI) ²	33,9	28,2	-5,7	28,2	
(COPM) ³ utførelse	3,0	7,3	4,3	7,4	7,4
(COPM) ³ tilfredshet	3,1	7,7	4,6	7,4	7,5
HSY ⁴ timer (per bruker/ uke)	6,2 ^a	3,9 ^a	-2,3	3,6	3,6
Ant HSY ⁴ besøk (per bruker/ uke)	13,3 ^a	8,9 ^a	-4,4		
IPLOS	1,8	1,7	-0,1		1,5

¹SPPB=Short Physical Performance Battery; ²FES-I=Falls Efficacy Scale International; ³COPM=Canadian Occupational Performance Measure; ⁴HSY=Hjemmesykepleie.

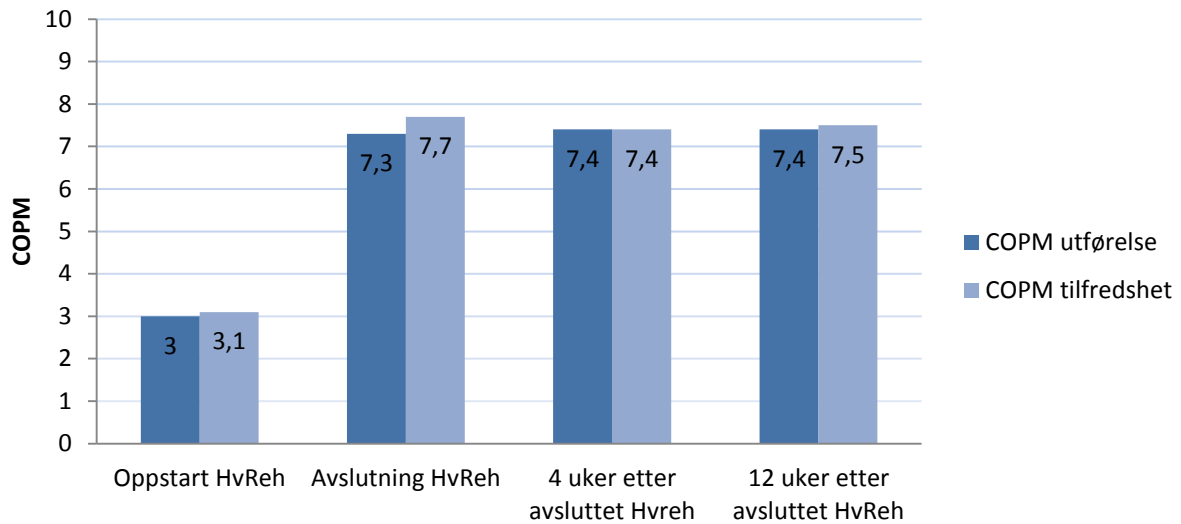
^aSeks av deltagerne var ikke kvalifiserte for HSY før hverdagsrehabilitering og er derfor utelatt fra beregning av ressursinnsats og økonomisk effekt da en ikke har skyggevedtak å sammenligne med (n=51).

Tabellen viser at brukere som har deltatt i hverdagsrehabilitering har redusert sin fallbekymring etter endt forløp og reduksjonen holder seg ved måling etter fire uker. Resultatene viser også en klinisk betydningsfull bedring av brukernes fysiske funksjon.

Brukerne har selv vurdert sine egne aktivitetsutfordringer og evaluert utførelse og tilfredshet av disse selvvalgte aktivitetene ved hjelp av COPM. Ved oppstart av hverdagsrehabilitering skårer de sin

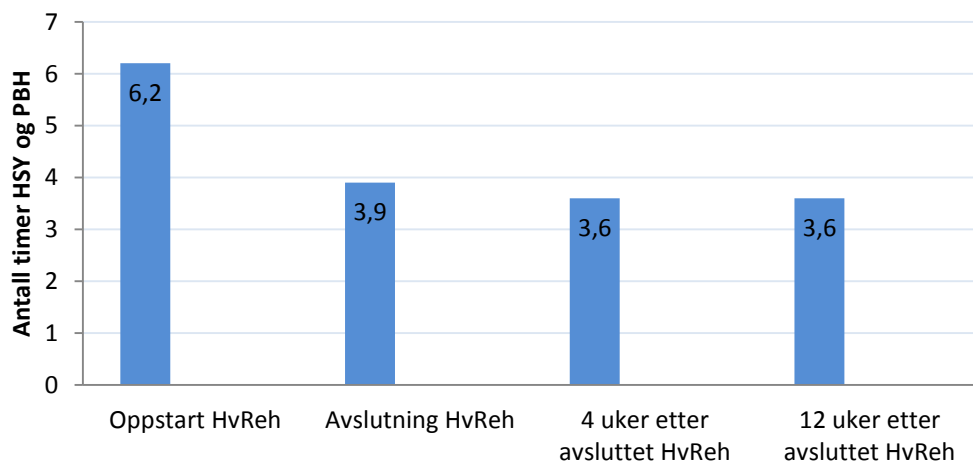
utførelse og tilfredshet av valgte aktiviteter lavt. Ved avslutning ses en klinisk viktig bedring som opprettholdes 4 uker og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering (figur 5).

Figur 5. Gjennomsnittlig skår for brukers egen opplevelse av utførelse og tilfredshet med selvbestemte mål registrert med COPM i hverdagsrehabilitering (HvReh) i perioden 13.04 - 31.10.15.



Det var ikke endring i antall timer praktisk bistand husholdning før og etter gjennomført hverdagsrehabilitering. Reduksjon i timetall av hjemmetjenester gjelder derfor kun for hjemmesykepleie. I gjennomsnitt for hver bruker var reduksjonen i hjemmesykepleie 2,3 timer per uke og 4,4 besøk per uke. Som figur 6 viser opprettholdes disse resultatene ved måling etter 4 uker og 12 uker.

Figur 6. Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (HSY) per bruker/uke ved oppstart og avslutning hverdagsrehabilitering (HvReh), samt 4 og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering (HvReh).

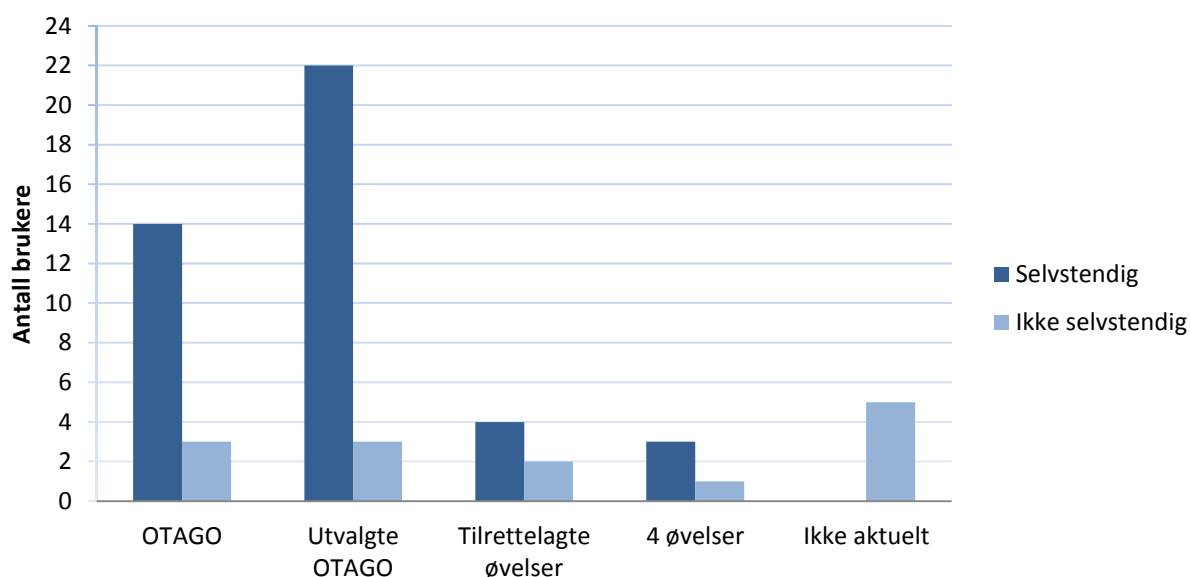


I prosjektperioden valgte vi å bruke treningsprogrammet OTAGO, men erfarte at et tradisjonelt OTAGO program ble for krevende for mange av brukerne. Vi valgte derfor å dele øvelsene vi brukte i 5 kategorier:

- OTAGO (hele oppvarmingen + minimum 3 øvelser)
- Utvalgte OTAGO (noen fritt valgte øvelser fra OTAGO programmet uten oppvarming)
- Tilrettelagte øvelser (øvelsesutvalg også utenfor OTAGO)
- Fire øvelser (knebøy, tåhev, oppreising fra stol, kneløft)
- Egentrening ikke aktuelt

42 brukere fikk tilbud om OTAGO- øvelser med oppvarmingsprogrammet eller utvalgte OTAGO- øvelser. 36 av disse utførte øvelsene selvstendig ved avslutning av hverdagsrehabilitering. 10 av brukerne fikk tilbud om annen egentrening, og 7 av disse var selvstendig ved avslutning. For 5 av brukerne var det ikke aktuelt med egentreningsøvelser (tabell 7).

Figur 7. Brukers selvstendighet i egentrening ved avslutning hverdagsrehabilitering.



Brukerne ble ved avslutning av tjenesten spurt om tilfredshet med egen rehabiliteringsprosess. Etter 12 uker ble de spurt om de klarte å opprettholde aktivitetene etter at tjenesten ble avsluttet (tabell 2).

Tabell 2. Brukers tilfredshet med rehabiliteringsprosessen.

	Ved avslutning HvReh	12 uker etter avsluttet HvReh
Hvor tilfreds er du med støtten du fikk i hverdagsrehabilitering? ¹	4,8	4,9
Mestrer du de aktivitetene som du ønsket å få til i større grad etter rehabiliteringen? ¹	4,3	3,8
Har du klart å opprettholde aktivitetene etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet? ¹		3,6

¹Skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad)

Brukerne er i stor grad tilfreds med oppfølgingen de fikk og mestrer aktiviteter de ønsket å få til i større grad etter rehabiliteringen. Etter 12 uker er de fortsatt tilfreds med støtten de fikk, men det kan tyde på at de i noen mindre grad klarer å opprettholde aktivitetene etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

4.3 Kostnad- og gevinstberegning hverdagsrehabilitering

For å beregne gevinsten av hverdagsrehabilitering har vi tatt utgangspunkt i registrerte hjemmetjenester (timer og besøk per uke) ved oppstart og ved avslutning av hverdagsrehabilitering for 51 brukere. Det er en rekke faktorer som medfører usikkerhet knyttet til beregning av økonomisk effekt av hverdagsrehabilitering, og det vises til kap. 5 for nærmere refleksjoner rundt dette.

Som tabell 3 viser hadde 46 av de 57 deltagerne ved oppstart av hverdagsrehabilitering vedtak på hjemmesykepleie, fire av disse vedtakene ble avsluttet etter hverdagsrehabilitering. Fem deltagere med skyggevedtak på hjemmesykepleie ved oppstart avsluttet uten HSY. 42 brukere fortsatte med hjemmesykepleie, hvorav 23 med reduserte tjenester og 19 på samme nivå som tidligere. Seks av deltagerne var ikke kvalifiserte for hjemmesykepleie, men har likevel fått hverdagsrehabilitering fordi de ble ansett for å ha et vesentlig potensiale for funksjonsforbedring. Disse seks deltagerne er imidlertid utelatt fra beregning av timeinnsats og økonomisk effekt da en ikke har skyggevedtak å sammenligne med.

Tabell 3. Antall brukere med hjemmesykepleie (HSY) vedtak ved oppstart og avslutning hverdagsrehabilitering

	Antall deltagere
HSY ¹ ved oppstart og HSY ved avslutning	42
HSY ved oppstart, IKKE HSY ved avslutning	4
Skyggevedtak ved oppstart, IKKE HSY ved avslutning	5
IKKE HSY ved oppstart, IKKE HSY ved avslutning	6

HSY¹ = hjemmesykepleie

Forutsetning om varighet

Resultatene viser at reduksjon i gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie pr. bruker pr. uke var opprettholdt etter 12 uker. I beregningen av økonomisk effekt for kommunen forutsettes det her at varigheten av reduserte hjemmetjenester opprettholdes i nøyaktig ett år etter gjennomført hverdagsrehabilitering.

Beregning av størrelse på økonomisk effekt

For å beregne størrelsen på reduksjon i utgifter til hjemmesykepleie som følge av hverdagsrehabilitering er det tatt utgangspunkt i Bergen kommunes aktivitetsbaserte finansieringsmodell for hjemmesykepleie (vedlegg 2). Den økonomiske effekten per bruker som har gjennomført hverdagsrehabilitering er beregnet ved å gange enhetsprisene for timer, besøk og brukere med gjennomsnittlig reduksjon i timer og besøk for de 51 brukerne. Videre er det for de 9 som fikk avsluttet hjemmesykepleietjenester medtatt effekten av redusert administrativ tid til oppfølging av brukere. For øvrige brukere er det forutsatt *uendret* administrativ tidsbruk. Ingen av brukerne ble fratatt trygghetsalarm som følge av hverdagsrehabilitering, og det er forutsatt at

hjemmesykepleien brukte like mye tid på oppfølging av utløste alarmer hos bruker før og etter hverdagsrehabilitering. Gjennomsnittlig gevinst per bruker er vist i tabell 4.

Tabell 4. Reduksjon i utgifter til hjemmesykepleie. Gjennomsnittlig gevinst per bruker som har gjennomført hverdagsrehabilitering i Bergen

	Per bruker som blir helt selvhjulpne	Per bruker som får redusert hjelp
Pleie i hjemmet	-46 000	-46 000
Transport	-9 000	-9 000
Administrasjon	-27 000	
Sum	-82 000	-55 000

Dersom en legger til grunn samme andel av brukere som blir helt selvhjulpne i det eksisterende utvalget (9 av 51 = 17,6 %) gir det kommunen en gjennomsnittlig reduksjon i utgifter til hjemmesykepleie på kr 60 000,- per bruker som har gjennomført hverdagsrehabilitering (forutsatt ett års varighet og konstant reduksjon i hjelpebehov gjennom året).

Når det gjelder kostnader ved å yte hverdagsrehabilitering er det tatt utgangspunkt i budsjetterte utgifter til ett års ordinær drift av ett team bestående av to terapeuter, en sykepleier og fire hjemmetrenere inkl. utgifter til transport, personalbase (husleie, renhold, strøm, IKT), andre driftsutgifter, samt andel av administrativ ledelse. Utgifter til økt saksbehandlerkapasitet i forvaltningen, etableringsutgifter og prosjektledelse i prosjektfasen er *ikke* tatt med.

Basert på praktisk erfaring i oppstartsåret er det videre forutsatt at ett team har en praktisk kapasitet på 150 brukere per år, noe som gir en gjennomsnittskostnad på kr 33 000,- per bruker som gjennomfører hverdagsrehabilitering. Ved å sammenstille reduksjon i utgifter til hjemmesykepleie og kostnader ved drift av ett hverdagsrehabiliteringsteam kan vi beregne netto gevinst av hverdagsrehabilitering. Tabellen 5 viser netto gevinst totalt per team per år (ved 150 brukere per år) og per bruker som gjennomfører hverdagsrehabilitering.

Tabell 5. Netto gevinst per hverdagsrehabiliterings-team per år og per bruker som gjennomfører hverdagsrehabilitering ved 150 brukere per år

	Totalt per år	Per bruker
Reduserte utgifter til hjemmesykepleie	-9 000 000	-60 000
Utgifter til hverdagsrehabilitering	5 000 000	33 000
Netto gevinst	-4 000 000	-27 000

Endret forbruk av alle andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie, som f.eks. praktisk bistand husholdning, ergo/fysioterapi, legetjenester, støttekontakt og institusjonstjenester er holdt helt utenfor gevinstberegningen.

4.4 Kvalitative utfallsmål

4.4.1 Erfaringer hverdagsrehabiliterings-teamet

Her oppsummeres hovedpunktene fra fokusgruppeintervjuet med teammedarbeiderne i følgende tema: Særlige kjennetegn ved hverdagsrehabilitering, rolle og trivsel, kompetanse, samarbeid og organisering.

Særlige kjennetegn ved hverdagsrehabilitering

På spørsmål om hva medarbeiderne opplevde som særlige kjennetegn ved hverdagsrehabilitering i Bergen kommune, ble stikkordene *samarbeid, tverrfaglighet og kontinuitet* trukket fram.

De ansatte mener at det tverrfaglige samarbeidet i teamet fungerer svært godt. De opplevde at ulike roller og yrkesbakgrunner bidro til å sikre en helhetlig og overlappende kompetanse i teamet. I tidligere jobber hadde de arbeidet mer flerfaglig og hadde erfart at det var vanskelig å nå hverandre når man jobbet i ulike tjenester.

Tverrfagligheten og kontinuiteten i hverdagsrehabilitering viser seg blant annet ved at fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier er med på vurderingsmøtene med saksbehandler i forvaltningsenheten, og at førsteterapeuten (fysio-/ergoterapeut, sykepleier) har med seg en annen terapeut/sykepleier og hjemmetrener på første målmøte. I tillegg har brukeren en fast hjemmetrener som kommer inntil fem dager i uken. Denne arbeidsformen mener de sikrer god kontinuitet og kvalitet på tjenesten for bruker.

Rolle og trivsel

Alle medarbeiderne gir uttrykk for at de trives godt og opplever arbeidet med hverdagsrehabilitering som meningsfullt.

Saksbehandleren i Etat for forvaltning anser det tette samarbeidet med terapeutene og hjemmetrenerne som «gull verdt» ved vurdering av nye søknader. Erfaringer i prosjektet viser at det er sårbart med bare en saksbehandler dersom det oppstår fravær, fordi teamets arbeidsmengde og oppgaver er avhengig av saksbehandlerens rekruttering av brukere.

Ergo-/ fysioterapeut og sykepleier opplever at arbeidsformen er en tilfredsstillende måte å jobbe på og at brukerne får et godt helhetlig tilbud. Det gir arbeidsglede og er inspirerende å ha så engasjerte kollegaer. De beskriver hjemmetrenerne som motiverte, fleksible og løsningsorienterte. Men terapeutene og sykepleier kunne også oppleve at de mister noe av det som spesielt er knyttet til sin særegne yrkesrolle- og funksjon. De kan også savne å være mer ute hos brukerne, og synes det kan bli litt mye kontorarbeid.

Hjemmetrenerne opplever arbeidet som meget spennende og interessant og synes dette er en bedre måte å jobbe på enn det de har gjort tidligere. De har bedre tid til hver enkelte bruker og kan ha fullt fokus på vedkommendes mål. Det oppleves som riktig og meningsfullt å få «dytte» brukeren frem i en hel måned. Samtidig opplever de at det til tider kan være utfordrende å «ha hendene på ryggen» i stedet for å aktivt bidra. Også hjemmetrenerne kan savne noen av de gamle arbeidsoppgavene, som for eksempel mer stell og pleie. De har opplevd en kontinuerlig kompetanseheving, særlig gjennom

det tette og gode samarbeidet med terapeutene. De opplever det også positivt å slippe å jobbe turnus.

Kompetanse

Før oppstarten med brukerrettet arbeid gjennomgikk teamet fire uker med felles opplæring. Opplæringen blir evaluert som svært god, relevant og viktig. Både hjemmetrenerne, terapeutene og sykepleier mener dette var en avgjørende kompetanse og ta med seg, samtidig som at gruppen ble godt kjent og trygge på hverandre, både faglig og menneskelig i prosessen.

Samarbeid

Teamet opplever at tjenesten er blitt kjent i hjemmesykepleien, men kan likevel fort bli glemt når det har vært en stund siden hverdagsrehabilitering har vært tildelt en av deres brukere. Da behovet for informasjon og markedsføring for å holde hverdagsrehabilitering varm varierer i de ulike gruppene i hjemmesykepleien er det laget ulike samarbeidsrutiner; fra halvårlig møte til ukentlige møter. Det er kontinuerlig dialog med hjemmesykepleien når de har felles brukere. De blir alltid invitert med på sluttevaluering, men det er ikke alltid at de møter opp.

Fastlegene får alltid en e-melding før oppstart og avslutning av HR. Teamet sier de da forteller hva tjenesten går ut på og i tillegg spør om det er noe de bør ta hensyn til før oppstart. Noen ganger er det dialog med fastlegen underveis. Vesentlig også med informasjonsarbeid og samarbeid med sykehjem, rehabiliteringsavdelinger, rekonvalesent-institusjoner og spesialisthelsetjenesteavdelinger.

Målgruppe

Medarbeiderne erfarer at brukeren må ha kapasitet til å kunne oppnå konkrete hverdagsmål samt være medisinsk «stabile» for å ha nytte av hverdagsrehabilitering. Ved generell funksjonssvikt over lengre tid (over 9-12 måneder), samt allerede omfattende tjenester fra HSY ser en at det ofte er vanskelig å nå målene. Erfaringer viser at brukere som for eksempel har fått hjelp til dusj over lang tid, sjelden er klar for å gi tjenesten fra seg, og da blir måloppnåelse vanskelig.

Oppfølging

Etter avsluttet hverdagsrehabilitering kommer den faste hjemmetreneren tilbake til bruker for et oppfølgingsmøte og spørreskjema blir gjennomgått. Teamet gav uttrykk for at oppfølgingsbesøket er «kjemp viktig». Det at brukeren vet om at de kommer mener de virker positivt for den videre motivasjon etter avslutning. Deres inntrykk er at få brukere er blitt dårligere fungerende på dette tidspunktet. De fleste var aktive og gledet seg til å fortell alt de hadde gjort siden sist.

Organisering

Teamet mener det er viktig at hverdagsrehabilitering fortsetter som et spesialisert team som i dag. De uttrykker engstelse for at dersom tjenesten blir integrert i hjemmesykepleien eller andre tjenester, så vil utøverne av hverdagsrehabilitering fort bli trukket inn i daglig drift på bekostning av hverdagsrehabilitering.

De gav uttrykk for at arbeidsformen er annerledes enn hjemmesykepleie og tjener rehabiliteringstanken bedre. Det var vanskelig for dem å tenke seg hverdagsrehabilitering integrert inn i hjemmesykepleien fordi vedtakene i hverdagsrehabilitering ikke er begrenset til tid og økonomi

på samme måte som hjemmesykepleie. Hjemmetrener får mulighet til å gjøre ting grundig og godt før hjelpen trappes ned eller avsluttes. De uttrykker at hjemmetrenerne, terapeutene og sykepleier har god kompetanse, og har kunnskap og tid til å vurdere, gradere og evaluere måloppnåelse for brukeren. I tillegg kommer nødvendige hjelpemidler og utstyr raskt på plass på grunn av det tette tverrfaglige samarbeidet. Slik hjemmesykepleie fungerer i dag knyttet til vedtak opp mot innsatsfinansiering, vil ikke dette være mulig, i følge dem. Dersom tjenesten blir innsatsfinansiert, vil den ikke kunne være så fleksibel og effektiv.

Selv om de anbefaler hverdagsrehabilitering som fortsatt egen tjeneste mener de at det vil være viktig å involvere hjemmesykepleien mer enn det gjøres i dag. Det er avgjørende at ledelsen i hjemmesykepleien har kunnskap om hverdagsmestring og motiverer gruppene til samarbeid og oppfølging av brukere som har begge tjenester. De har opplevd at ledelsen i HSY sitt engasjement er svært viktig, og at primærkontaktfunksjonen i hjemmesykepleien kan være sentral, selv om det er ulikheter mellom sonene. En ide som ble trukket fram som et mulig framtidig grep er at hjemmesykepleien oppretter nøkkelpersoner som selv har spesialkompetanse i hverdagsmestring.

4.4.2 Erfaringer samarbeidspartnere

Samarbeid og kommunikasjon

Det ble holdt uformelle evalueringsmøter med involverte soneledere og gruppeledere i hjemmesykepleiesonene og forvaltningsenheten. Lederne har gode erfaringer med hverdagsrehabiliteringstjenesten og samarbeidet med teamet. Personlig egnethet hos prosjektleder og medarbeidere i teamet fremheves som en viktig positiv faktor.

Det understrekes at gode samarbeidsrutiner mellom hverdagsrehabiliteringstjenesten, hjemmesykepleien og forvaltningsenheten er avgjørende for å få rekruttert de riktige brukere til hverdagsrehabilitering.

Lederne i hjemmesykepleien synes det er positivt at hverdagsrehabiliteringsteamet tidlig i prosjektet presenterte seg og tjenesten i gruppene, i tillegg til å delta i møter og mer uformelle sammenhenger i hele prosjektperioden. Informasjon og internundervisning i hjemmesykepleien har sikret spredning av kunnskap om tjenesten og målgruppen. Det har vært lav terskel for å ta kontakt med teamet angående mulige kandidater for hverdagsrehabilitering, og teamet har vært lett tilgjengelig, både på mail og telefon. Teamet skriver fylldige rapporter i journalsystemet og kommuniserer godt via huskelister. Det oppleves å være en to-veis kommunikasjon mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmesykepleien. Det fremheves som en positiv faktor for samarbeid at teamet har engasjerte medarbeidere som tidligere har jobbet i hjemmesykepleien.

Lederne i forvaltningsenheten ser betydningen av det tette samarbeidet mellom saksbehandler i hverdagsrehabilitering og terapeutene i hverdagsrehabiliteringsteamet. Samtidig fremmer de ønske om tettere samarbeid mellom flere saksbehandlere i forvaltningsenheten og hverdagsrehabiliteringsteamet. Når teamet har vært til stede har tilbakemeldingen i forvaltningsenheten vært at det er svært nyttig med det tette samarbeidet mellom saksbehandlere og team-medlemmer «det er godt at hverdagsrehabilitering er her». Det erfarer at

saksbehandler for hverdagsrehabilitering bruker uhensiktsmessig mye tid på å finne kandidater til hverdagsrehabilitering, og det må vurderes hvordan dette kan gjøres annerledes.

Fokus på hverdagsmestring

I løpet av prosjektperioden har gruppeledere og assisterende gruppeledere i hjemmesykepleien blitt mer bevisst på og fått bedre kjennskap til målgruppen for hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Lederne gjør et godt arbeid med å skape positiv holdning til tjenesten, for eksempel ved å lese opp hovedpunkt fra hverdagsrehabiliteringsteamets rapporter i gruppene.

Lederne i forvaltningsenheten ga uttrykk for at det er avgjørende at alle saksbehandlere i Etat for forvaltning tenker hverdagsmestring ved fordeling av saker. For å oppnå dette mener de det må settes inn tiltak i en periode for å øke bevissthet og kompetanse om hverdagsmestring blant saksbehandlerne. For eksempel kan hverdagsrehabilitering noen ganger være et alternativ til korttids plass. Det er behov for økt kunnskap om hvordan man ser ressurser hos bruker og hvordan man kan motivere bruker. Saksbehandlerne har erfaring i verktøyet Brukersamtale, der det er fokus på service, veiledning og dialog, men det bør vurderes om andre kommunikasjonsverktøy i tillegg bør styrkes og videreutvikles i forvaltningsenhetene.

For å sikre gode vurderinger av brukers mulighet for egenmestring (for eksempel når bruker søker hjelp til støttestrømper, øyedråper, dusj) foreslås det at enkle hjelpemidler som strømpepåtrectkere, øyedråpestøtter og støttehåndtak er lett tilgjengelig for utprøving.

Oppsummering

Soneledere og gruppeledere i hjemmesykepleiesonene og forvaltningsenheten som deltok i prosjektet mener følgende er viktig for å implementere tjenesten hverdagsrehabilitering og tankesettet hverdagsmestring i kommunen:

- Tydelige kriterier for hvem som er gode kandidater til hverdagsrehabilitering
- Tverrfaglige vurderinger av bruker i samarbeid mellom saksbehandler og hverdagsrehabiliteringsteam
- Tiltak for å øke bevisstheten i forvaltningsenhetene om vurdering av brukers mulighet for egenmestring og identifisere brukere til hverdagsrehabilitering
- Aktuelle brukere som utskrives fra rehabiliteringsavdelingene på sykehjem må få tilbud om hverdagsrehabilitering i stedet for hjemmesykepleie.
- For å redusere sårbarhet ved fravær må det være flere enn en saksbehandler i hver forvaltningsenhet som har hverdagsrehabilitering som ansvarsområde.
- Forankring i ledelse i forvaltningsenhetene og hjemmesykepleien er avgjørende. Leder må motivere og holde hverdagsmestring levende.
- Oppnevning av ressurspersoner i forvaltningsenhetene og i hjemmesykepleien for å spre og holde fokus på tankesettet
- Ansatte i hjemmesykepleien har behov for økt kompetanse i kommunikasjon, samt i å se potensiale hos brukere og bistå bruker i å utnytte sine ressurser. Hjemmesykepleien trenger mer tid til å støtte brukers mulighet til egenmestring

4.4.3 Prosjektleders erfaringer

I løpet av prosjektperioden har vi erfart at det er avgjørende at både samarbeidspartnere, bruker og pårørende har gode kunnskaper om hva som kreves i en rehabiliteringsprosess. Kunnskap om hverdagsmestring og rehabilitering er svært varierende hos våre samarbeidspartnere. Ved oppstart av hverdagsrehabilitering var vi oppmerksom på kulturforskjellene som er mellom hjelpetradisjonen og rehabiliteringstradisjonen. Det er utfordrende å skulle gå fra å «gjøre for» bruker til å «gjøre sammen med» bruker og dette krever kunnskap om rehabiliteringsprosessen. Ved å hjelpe bruker til å være aktiv i egen hverdag kan vi utsette hjelpebehov og bidra til at flere brukere kan bo lenger hjemme. Kunnskap om hvordan bruker best mulig kan nyttiggjøre seg egne ressurser er viktig i dette arbeidet, og det er derfor viktig å fortsette jobben som nå er startet med å implementere denne kunnskapen i kommunen. Det er inspirerende å arbeide med hverdagsmestring som tankesett og mange medarbeidere vil trolig oppleve stor glede ved å få kjennskap til dette tankesettet.

I prosjektperioden erfares det at det er hensiktsmessig at hverdagsrehabilitering er et fast tverrfaglig team med egen leder, da det i tillegg til oppbygging av en ny tjeneste også skal gjennomføres et omfattende kultur- og holdningsendringer i de kommunale tjenestene. I tillegg er det nødvendig med merkantilt støtteapparat rundt hverdagsrehabilitering med tanke på økonomi, lønn og personal.

Informasjon og undervisning til samarbeidspartnere

Prosjektleder og teamet har brukt mye tid på å informere om hverdagsrehabilitering til interne og eksterne samarbeidspartnere; hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenesten, Etat for forvaltning, Ergo- og fysioterapitjenesten, Haukeland universitetssykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, fastleger m.fl.

Som tidligere nevnt er det behov for opplæring av kommunale tjenester i hvordan en kan hjelpe bruker til mest mulig selvstendighet. Særlige aktuelle tema er kommunikasjon, hverdagsmestring og «hjelpfellen» samt naturlig bevegelsesmønstre. Prosjektperioden viser at det er utfordrende å gjennomføre kompetanseløft og omfattende informasjonsarbeid samtidig som man skal drive effektiv hverdagsrehabilitering.

Praktiske forhold

Det er utarbeidet et metodeark som viser hvordan vi gjør hverdagsrehabilitering i Bergen. Det vil være avgjørende at dette holdes oppdatert slik at vi sikrer lik drift i alle hverdagsrehabiliteringsteam. Teamet har erfart at lokalene ved Fanatorget er for små. Det er for få arbeidsplasser med tanke på at alle teammedarbeiderne, i ulik grad, har behov for arbeidsplass til dokumentering. Dette i kombinasjon med sambruk av møterom med flere samarbeidspartnere har skapt utfordringer.

De fire første månedene i prosjektet ble tidsbruk i hverdagsrehabiliteringsteamet registrert, deriblant kjøretid og direkte brukerrettet tid (vedlegg 1). Hjemmetrenerne bruker 19 % av arbeidstiden til kjøring til-fra brukerne, mens terapeutene bruker 11 %. Den høye andelen av kjøretid skyldes at teamet dekker et stort geografisk område. Teamet har disponert tre el-biler og to bensinbiler; en bil til hver av hjemmetrenerne og en bil på deling for terapeutene og sykepleier. Erfaringen viser at det er marginalt med fem biler når det er full drift i teamet, noe som har medført at vurderingsbesøk må utsettes grunnet mangel på biler. De store kjøreavstander gjør at el-biler er lite hensiktsmessige. På bakgrunn av dette anbefales det at hvert team disponerer fire bensinbiler og to el-biler.

I prosjektperioden var det ikke planlagt vikarordning for teamet og tjenesten har derfor gått med redusert drift ved fravær. Dersom det ønskes full drift ved sykefravær må det etableres en

vikarordning med medarbeidere som har rehabiliteringskompetanse og som har fått opplæring i hverdagsrehabilitering.

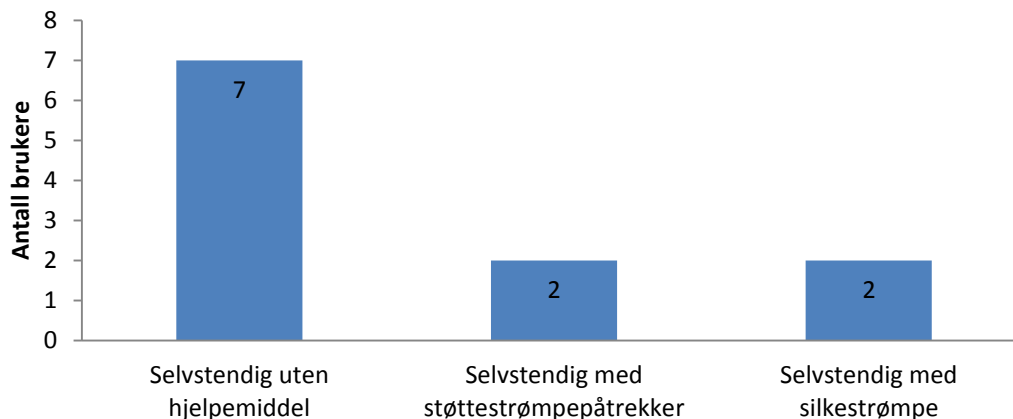
4.5 Støttestrømpeprosjektet

I samarbeid med hjemmesykepleien hadde hverdagsrehabiliteringsteamet i en periode et spesielt fokus på 38 brukere som hadde daglig hjemmesykepleie for å ta på og av støttestrømper. Hensikten var å vurdere brukernes motivasjon og mulighet for egenmestring av denne aktiviteten. De frivillige deltakerne prøvde ut fire ulike støttestrømpepåtrekkere, samtidig som det ble gjennomført vurdering og veiledning med fokus på teknikk og utgangsstilling.

Innen oppstart var støttestrømpene prøvesponert hos en bruker. Fire brukere gjennomførte et tradisjonelt hverdagsrehabiliteringsforløp, mens hos 33 av brukerne gjennomførte teamet kun ett hjemmebesøk.

Etter vurdering og veiledning med fokus på teknikk, utgangsstilling og utprøving av støttestrømpepåtrekkere ble 11 personer selvstendige. To brukere ble selvstendig ved hjelp av silkestrømpe, mens syv av brukerne klarte selv å ta på støttestrømpene når utgangsstilling og teknikk ble gjennomgått. To av brukerne ønsket å opprettholde hjemmesykepleien de hadde, mens ni brukere avsluttet hjemmesykepleietjenesten.

Figur 8. Oversikt over brukere som ble selvstendig med å ta på/av støttestrømper



Det var ulike årsaker til hva som hindret at brukerne selv klarte å ta på og av seg støttestrømper (figur 9).

Figur 9. Faktorer som hindret bruker i å ta på og av støttestrømper selvstendig. En bruker kan ha flere hindringer.



Kategorien redusert bevegelse inkluderer både mobilitet i ledd og fysiske hinder som ved overvekt. Redusert håndstyrke gjør det utfordrende å holde de stramme strømper åpne samt få tak til å trekke strømper oppover leggen. Det var en stor gruppe (25 %) som hadde takket ja til at vi kom på hjemmebesøk, men som likevel ikke var motivert til å forsøke å klare støttestrømper selv.

5 Refleksjoner

Hensikten med utprøvingen har vært å vurdere effekt for brukere, medarbeidere og kommuneøkonomien samt identifisere faktorer som er viktig for implementering av tjenesten hverdagsrehabilitering i kommunen.

Nytteverdi for bruker

Effekten for bruker etter gjennomført hverdagsrehabilitering er positiv for alle utfallsmål. COPM viser at brukerne skårer både sin utførelse og tilfredshet på valgte aktiviteter høyere ved avsluttet hverdagsrehabilitering. Disse gode resultatene holder seg tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Dette indikerer at brukerne selv klarer å fortsette med valgte aktiviteter etter at rehabiliteringsperioden er avsluttet. Brukerne angir imidlertid noe redusert skår når de etter tre måneder blir spurt om de har "klart å opprettholde aktivitetene", noe som kan vise en annen tendens enn resultatene fra COPM. Muligens kan det ligge en forskjell i disse to målene da bruker skårer direkte på "valgte mål" i COPM, mens det skåres en mer generell "opprettelse av aktiviteter" i det siste målet. Dette kan være interessant å se nærmere på.

For brukerne som har gjennomført hverdagsrehabilitering bedres fysisk funksjon med klinisk viktige endringsmål, og brukerne er også mindre bekymret for å falle. Dette kan tyde på at oppgaverelatert trening, dvs. målrettet trening rettet mot de konkrete aktivitetene som brukeren ønsker å mestre, også gir bedring av fysisk funksjon. Til tross for disse gode resultatene kan en ikke konkludere ensidig angående fysisk effekt av hverdagsrehabilitering, da det ikke er mulig å si om brukerne uansett ville fått bedre funksjon selv om de ikke hadde fått hverdagsrehabilitering. For å kunne evaluere dette måtte det vært gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) med en kontrollgruppe. I en norsk effektstudie var fysisk mobilitet (Timed up and go) og styrke (gripsstyrke) to av de sekundære utfallsmålene. På disse parameterne fant man ikke større bedring i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Tuntland et al 2015). Siden det er brukt ulike funksjonsmål i RCT studien og i denne rapporten vil ikke endringsmålene i fysisk funksjon kunne direkte sammenlignes, men disse ulike funnene er så interessante at det vil være spennende å undersøke videre.

Brukere som ønsket egentrening fikk opplæring i et tilrettelagt egentreningsprogram de kunne gjennomføre på egenhånd. Hele 75% av brukerne gjennomførte selvstendig egentrening ved avslutning av hverdagsrehabiliteringsperioden. I tillegg til at dette peker i retning av at brukerne er motivert for å gjøre en egeninnsats, kan den høye egentreningsaktiviteten også skyldes at de er trygge på gjennomføringen som følge av tett oppfølging med individuelt tilpassede øvelser, motivering og opplæring.

Det er i evalueringen valgt å ikke gjennomføre kvalitativ kartlegging og evaluering av brukernes opplevelse av rehabiliteringsprosessen. Men i løpet av prosjektperioden er det jevnlig kommet tilbakemeldinger fra brukere og pårørende som har hatt gode erfaringer og nytte av tilbudet. Noen av disse tilbakemeldingene er gjengitt som sitat på fremsiden av rapporten.

Medarbeidernes erfaringer

Medarbeiderne i hverdagsrehabiliteringsteamet trives godt med den tverrfaglige arbeidsformen og mener dette er en «rett måte å jobbe på». De erfarer at brukerne får et mer kontinuerlig og helhetlig tilbud. Uavhengig av fagbakgrunn opplever medarbeiderne det som faglig tilfredsstillende å se at brukerne mestrer aktiviteter som de tidligere ikke har klart. Dette stemmer overens med evalueringsrapporter fra andre norske og skandinaviske kommuner.

Medarbeiderne angir det som inspirerende å ha engasjerte kollegaer og alle parter beskriver samarbeidet som tett og godt. Samtidig er det, med en så utpreget tverrfaglig arbeidsform viktig å ivareta de enkelte fagpersonenes yrkesrolle og funksjon for å skape bredde i det tverrfaglige arbeidet. Dette kan for eksempel ivaretas i et kommunalt rehabiliteringsforum der medarbeidere fra ulike kommunale rehabiliteringstjenester kan møtes for å utveksle erfaringer og kompetanse.

Tverrfaglige og grundige vurderinger av søknader fremgår som en suksessfaktor for å finne de riktige brukerne til hverdagsrehabilitering. Vurderings- og motiveringsarbeid er utfordrende og krever en spesiell kompetanse, da det ofte kan være vanskelig å vurdere hvilket potensial bruker har. Samarbeidet mellom saksbehandler og terapeut/sykepleier i hverdagsrehabiliteringsteamet har i prosjektet vist seg å være av uvurderlig verdi i dette arbeidet.

Ressursbruk

Resultatene viser en gjennomsnittlig reduksjon i behov for hjemmesykepleie før og etter hverdagsrehabilitering, samt etter en og tre måneder. Imidlertid er det knyttet stor usikkerhet til beregning av hvor lenge effekten av hverdagsrehabilitering varer. Noen av deltagerne vil fungere så marginalt at kun små endringer i livssituasjonen vil kunne gjøre at de trenger hjelp i hverdagen. Andre vil komme opp på et så høyt funksjonsnivå at de vil kunne være selvhjulpne i mange år. Som nevnt tidligere er det også knyttet usikkerhet til om det er hverdagsrehabilitering eller andre faktorer som har betydning for bedring av brukers funksjon og dermed behov for hjemmetjenester. Til tross for lovende resultat i denne rapporten vil det være behov for ytterligere undersøkelser før det endelig kan konkluderes med ressurseffektiviteten i hverdagsrehabilitering.

Det gjøres ikke nye vedtak i Profil på timeendringer ± 2 timer. I prosjektet har vi derfor måtte lete manuelt etter endret timeinnsats ved mindre justeringer, noe som har vært svært ressurskrevende. Det er behov for å se nærmere på hvordan endring i ressursbehov dokumenteres i Profil slik at dokumentasjon av endret ressursinnsats kan gjøres på en hensiktsmessig og effektiv måte.

Faktorer som har betydning ved implementering

Kompetanse

Medarbeiderne i hverdagsrehabiliteringsteamet trekker frem viktigheten av kompetanseløftet ved oppstart både faglig og sosialt. De angir opplæringen som svært god, relevant og viktig og at denne kompetansen var helt avgjørende fordi den legger grunnlaget for en felles plattform som teamet kan jobbe utfra. Det bør utarbeides og gjennomføres en spesial-undervisningspakke som er beregnet på nye medarbeidere i hverdagsrehabilitering. I møte med brukerne har teamet spesielt hatt nytte av Inviterende Samtale, COPM, OTAGO og veiledning og det anbefales at opplæring i dette prioriteres videre. Nøkkelpersoner i forvaltningsenheten og hjemmesykepleien kan delta på deler av denne spesial-undervisningspakken, og være ressurspersoner i egen tjeneste

Innføring av et nytt tankesett og en ny arbeidsform krever opplæring av ansatte. Teamet har i prosjektperioden jobbet målrettet for å spre informasjon og kunnskap om hverdagsmestring til hjemmesykepleien, forvaltningen og til andre tjenester. Både forvaltning og hjemmesykepleie angir kompetanseløft og undervisning som nødvendig ved implementering av hverdagsrehabilitering. Et ledd i dette arbeidet kan være en ledelsesforankret kompetanseplan som beskriver hvordan ny kunnskap skal vedlikeholdes og implementeres. Samtidig kan det satses målrettet på nøkkelpersoner i hjemmesykepleien og forvaltningsenheten som har motivasjon og interesse for feltet. Ved å utvikle og gjennomføre en obligatorisk grunn-undervisningspakke, med oppfølgingsprogram lokalt hos hver enhet, vil det legges et godt grunnlag for en felles plattform.

For å sikre god faglig drift videre i hverdagsrehabilitering er det helt nødvendig å rekruttere og beholde dedikerte medarbeidere med riktig kompetanse. I rekrutteringsprosessen av det første teamet var det mange godt kvalifiserte og interesserte søkere. Medarbeidernes høye kompetanse og evne til å dele denne med andre er en viktig suksessfaktor.

Organisering

Rehabiliteringsfeltet er et eget fagfelt som lett drukner i daglig drift og tidsklemme. Dersom hverdagsrehabilitering implementeres i daglig drift sammen med andre fagfelt er det stor risiko for at rehabiliteringstanken vil utvannes. Bergen kommune er i tillegg en stor kommune med mange ansatte og det vil ta tid å innføre tankesettet hverdagsmestring i hjemmetjenesten. Derfor anbefales det at hverdagsrehabilitering fortsetter som faste tverrfaglige team med rehabiliteringskompetanse, samtidig som det over tid jobbes målrettet mot en gradvis integrering av hverdagsmestring i hjemmetjenesten og andre tjenester.

I prosjektperioden erfares det at tjenesten kan bli usynlig og på siden av ordinær drift i hjemmesykepleien. Med bakgrunn i dette anbefales det at tjenesten organiseres på sone-/enhetsnivå i organisasjonen med egen leder med rehabiliteringskompetanse. Forankring hos etatsledelse med tydelige rapporteringslinjer er viktig for å sikre god framdrift og kvalitet på tjenesten. Det er også nødvendig å ha et merkantilt støtteapparat rundt hverdagsrehabiliteringstjenesten.

Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi har i stor grad en overlappende målgruppe og felles fokus på egenmestring. Organisering av disse nye tjenestene må ses i sammenheng for å sikre god utnyttelse av ressurser og kompetanse. Forvaltningsenhetenes har en sentral rolle i vurdering av brukers mulighet for egenmestring og rekruttering av brukere til begge tjenestene. I den forbindelse hadde det vært interessant å prøve ut samlokalisering med hverdagsrehabilitering og forvaltningsenhetene i 2016.

Målgruppe

I prosjektperioden ble kun 12 av 57 brukere ble henvist direkte fra spesialisthelsetjeneste eller korttidsavdeling. De fleste (45) kom fra hjemmet og mange av disse hadde hjemmetjenester fra før. Dette vurderes som overraskende da det i forkant og under prosjektet ble gjort et grundig informasjonsarbeid til både sykehus og kommunale rehabiliteringsavdelinger. I prosjektet erfarte en at brukere som ble utskrevet fra kommunal rehabiliteringsavdeling kunne hatt nytte av hverdagsrehabilitering, men i stedet ble utskrevet til hjemmet med hjemmesykepleie. Det kan være

flere grunner til at dette skjer, og vi ser at det er nødvendig med fortsatt tett samarbeid med rehabiliteringsavdelingene og forvaltning slik at brukere får det mest hensiktsmessige tilbudet ved hjemreise.

Videre i arbeidet med hverdagsrehabilitering bør det være et mål å rekruttere flere nye brukere med nylig funksjonsfall og ønske om å klare hverdagsaktiviteter selv; dvs. «snu folk i døra».

Samarbeid og kommunikasjon

En god kommunikasjonsplan har vært en av suksessfaktorene for å gjøre tilbudet hverdagsrehabilitering kjent blant kommunens innbyggere og samarbeidspartnere.

Det er avgjørende med kontinuerlig informasjon om hverdagsrehabilitering og målgruppe til alle samarbeidspartnere med spesielt fokus på alle hjemmesykepleiegruppene og i forvaltningsenhetene. Det må fortsatt være lav terskel for å ta kontakt med hverdagsrehabiliteringstjenesten og teamet kan gjerne være mye i HSY-gruppene og i forvaltningsenhetene. Evalueringen viser at gode rapporter og bruk av ordinære kommunikasjonslinjer- og verktøy har betydning for å sikre kontinuitet for brukerne. Også lederne er viktige ved implementering for å skape gode holdninger til hverdagsrehabilitering og hverdagsmestrings-tanken.

Hverdagsrehabilitering er en del av satsingen Smart omsorg, en satsing som innebærer omstilling og nye tjenestetilbud til innbyggerne i kommunen. Dette vil medføre at brukere og pårørende blir møtt på en annen måte enn tidligere når de henvender seg til kommunen. En tydelig synliggjort politisk- og administrativ strategi for denne satsingen vil være avgjørende og retningsgivende for det arbeidet kommunens ansatte skal gjøre. Det må kommuniseres tydelig ut til kommunens innbyggere hvilke endringer som gjennomføres og hva dette vil innebære for brukere og pårørende.

Praktiske forhold

Registrering av tidsbruk viser at teammedlemmene bruker mye tid på å kjøre til/fra brukerne noe som skyldes at teamet dekker et stort geografisk område. Erfaringene viser at el-bilene ikke har vært hensiktsmessige da de i dag har for kort rekkevidde og for liten kapasitet på varmeapparatet. Det er derfor nødvendig med bensinbiler til hjemmetrenerne. Det må vurderes fortløpende om terapeutene og sykepleier kan benytte el-bil.

Kontorlokalene i prosjektperioden har vært for små der det også har manglet pauserom som fast er ledig i lunsjen. Kontorlokalene ligger i utkanten av nedslagsfeltet noe som medfører mye kjøring for å komme ut til brukere. Det anbefales å flytte til kontorlokaler som ligger mer sentralt i forhold til nedslagsfeltet for å redusere kjøretiden.

Ved kortvarig fravær vil det være utfordrende å finne vikarer som har rehabiliteringskompetanse, og det kan derfor lønne seg å kjøre med redusert drift i kortere perioder. Dette fordi det kreves rehabiliteringskompetanse for å jobbe med hverdagsrehabilitering og derfor vektlegges også opplæring tungt. I et lite team vil manglende kompetanse hos ett av teammedlemmene bli svært synlig.

Støttestrømpeprosjektet

Hele syv av de elleve brukerne som selv mestret å ta på/av støttestrømper klarte dette kun ved å gjennomgå utgangsstilling og teknikk uten behov for hjelpemiddel. Vi erfarte at ingen av de fire støttestrømpepåtrekkerne som ble utprøvd utmerket seg til å gjøre bruker selvstendig.

Redusert håndstyrke, redusert bevegelse og manglende motivasjon var de tre viktigste faktorer som hindret brukerne til å klare å ta på seg støttestrømpene selv. De to første kategoriene kan tenkes å kunne løses av tekniske hjelpemidler, men ikke med de støttestrømpepåtrekkerne vi hadde tilgjengelig. Den siste kategorien som utgjør en fjerdedel av brukerne er de som ikke var motivert til å ta på seg støttestrømpene selv. Det er mulig at flere hjemmebesøk og bruk av inviterende samtale kunne økt motivasjonen.

Resultatene tydeliggjør viktigheten av at hjelper er bevisst på å finne brukers ressurser og motivasjon samt har kunnskap om ergonomi og teknikk for å veilede bruker.

6 Oppsummering og veien videre

Bergen kommune har som mål å utvikle mer fremtidsrettede helse- og omsorgstjenester til eldre. Hverdagsrehabilitering er et ledd i å sikre at de tjenester som tilbys i kommunen i større grad vil ha fokus på forebyggende og tidlig innsats istedenfor kompenserende tiltak. Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen 2015 har gitt god effekt for brukerne og tilfredse medarbeidere som opplever å jobbe på "rett måte". Brukernes gjennomsnittlige hjelpebehov fra hjemmesykepleie er redusert i prosjektperioden.

Utprøvningsprosjektet har gitt oss erfaringer som sier at følgende faktorer vil være avgjørende ved videre utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen:

- Kompetanseløft for nye hverdagsrehabiliteringsteam og samarbeidspartnere
- Faste tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteam med egen leder på sonenivå/ enhetsledernivå i organisasjonen
- Hverdagsrehabilitering har politisk og administrativ forankring på alle nivå i organisasjonen
- Utvikle tettere samarbeid med samarbeidspartnere for å sikre gode pasientforløp
- Tverrfaglig vurdering av brukers behov og mål og smidig saksbehandling for å sikre rask oppstart av hverdagsrehabilitering
- God kommunikasjonsplan som sikrer at tilbudet hverdagsrehabilitering er kjent blant innbyggere og samarbeidspartnere
- Målrettet ressursinnsats som tar utgangspunkt i brukerens mål med fortløpende evaluering, og der innsatsen tilpasses løpende til brukerens funksjonsnivå/mestringsevne og avsluttes.
- Utarbeide effektiv metode for å synliggjøre endret timeinnsats hos samarbeidspartnere etter gjennomført hverdagsrehabilitering
- Hensiktsmessige arbeidsforhold som bensinbiler, sentral lokalisering av kontorlokaler og merkantile ressurser.

Det anbefales følgende:

- Prøve ut samlokalisering med forvaltningsenhetene for å sikre tidlig og målrettet ressursinnsats
- Organisering av hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi må ses i sammenheng for å sikre god utnyttelse av ressurser og kompetanse.

Hverdagsrehabilitering er et godt tilbud til innbyggere i kommunen som ønsker å mestre sin egen hverdag igjen. Det anbefales at hverdagsrehabilitering har fokus på personer som søker kommunale tjenester for første gang. Samtidig vil hverdagsrehabilitering kunne være et godt tilbud for å identifisere og løfte brukere med nylig funksjonsfall.

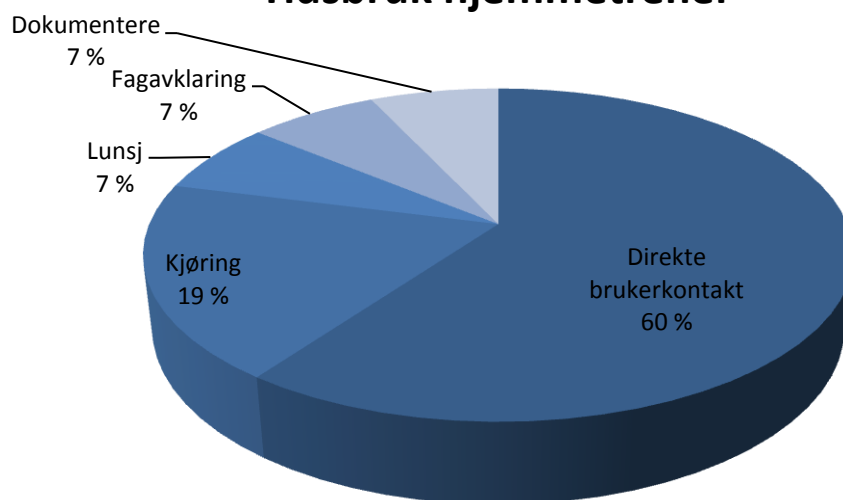
Tett samarbeid mellom de ulike tjenestene i kommunen er viktig for at innbyggerne i Bergen kommune kan være lengst mulig aktiv i eget liv.

Jeg har fått livet mitt tilbake!

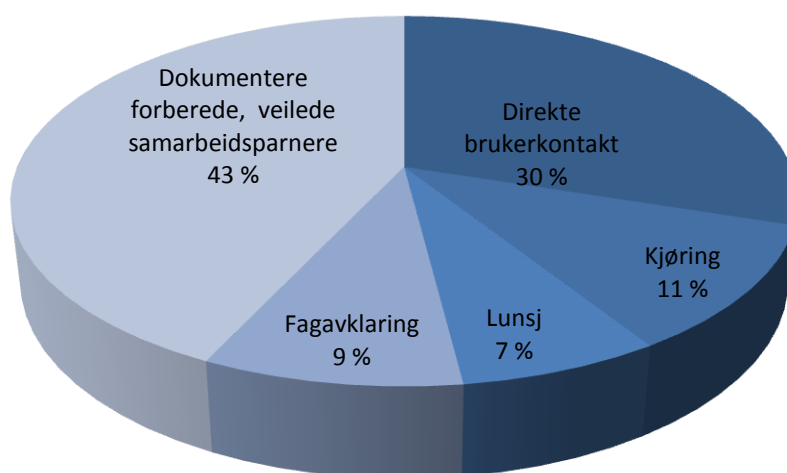
(kvinne, 84 år)

Vedlegg 1

Tidsbruk hjemmetrener



Tidsbruk terapeut



Vedlegg 2

Finansieringsmodell for hjemmesykepleie Bergen kommune

Finansieringsmodellen er aktivitetsbasert og inneholder aktiviteter og kostnadselementer per 1.1.2015 som vist i tabell 9.

Tabell 9. Finansieringsmodellens aktiviteter og kostnadselementer per 01.01.2015

Aktivitetsgrupper i hjemmesykepleietjenesten	Kostnadsdriver	Enhetspris per 1.1.2015	Tidsenhet
Pleie i hjemmet	Antall timer	393,42	-
Transport	Antall besøk	38,58	-
Administrasjon	Antall brukere	2 223,05	Per måned
Trygghetsalarmaktiviteter	Antall alarmbrukere	501,79	Per måned

Alle aktiviteter som inngår i driften av ordinær hjemmesykepleievirksomhet finansieres av enhetsprisene i denne modellen, og ved reduksjoner i timer, besøk eller brukere reduseres budsjettet til hjemmesykepleien tilsvarende (lik endring i timer/besøk/brukere x enhetspris).

Referanser

Bergen kommune (2014a). Forslag til budsjett 2014/Økonomiplan 2014-2017.

Bergen kommune (2014b). Årsmelding Bergen kommune 2014.

Fürst og Høverstad ANS (2014). Fra Passiv mottaker til aktiv deltager. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. KS FoU-prosjekt nr.134027. Sluttrapport.

Kristiansand kommune. (2013a). Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering.
HELSEFREMMINGSPLANEN

Ness,N.E., Laberg,T., Haneborg,M., Granbo,T., Færeveag,L. og Butli,H. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund.

Tuntland,H., Ness,N.E. (2014). Hverdagsrehabilitering. Gyldendal Akademiske.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar. St.meld.nr.34 (2012-2013). Bergen:Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). Morgendagens omsorg. St.meld.nr.29 (2012-2013). Bergen:Fagbokforlaget.

Bogen,B., Thingstad,P., Hesseberg,K., Taraldsen,K., Aaslund,M.K. (2013). Foretrukket ganghastighet – testen som forteller «alt» om eldre mennesker? Fagkronikk Fysioterapeuten nr.5.

Tuntland.H., Aaslund.MK., Espehaug.B., Førland.O., Kjekken.I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. BMC Geriatrics (2015) 15:145