

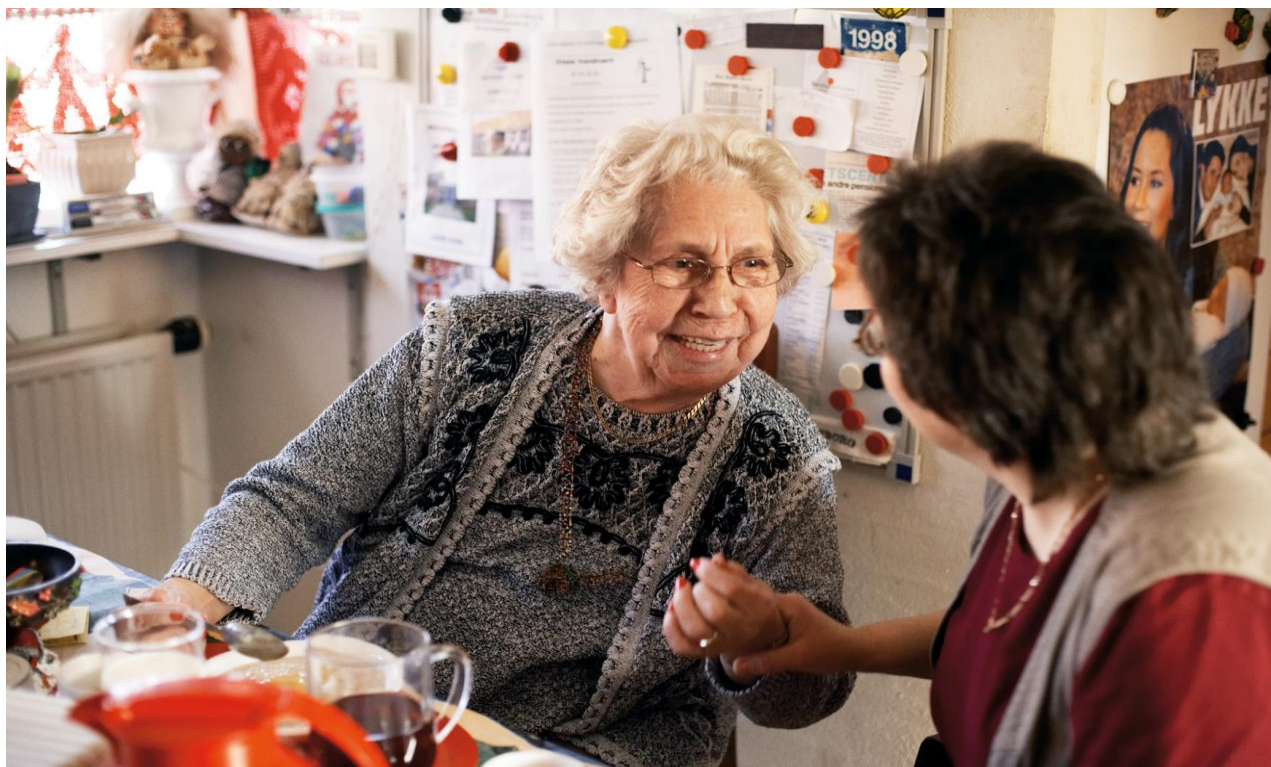
På oppdrag for Helsedirektoratet

Rapport, IS-0365

Oktober 2012

PÅ OPPDRAG FOR HELSEDIREKTORATET

UNDERSØKELSE OM REHABILITERING I KOMMUNENE - ERFARINGER MED TILBUD GITT I PASIENTENS HJEM/VANTE MILJØ



INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Innledning	1
1.1	Om undersøkelsen	1
1.2	Metodisk gjennomføring	2
1.3	Leserveiledning	4
2.	Sammendrag	6
3.	Rehabilitering i hjemmet/brukers vante miljø	10
3.1	Kommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering	10
3.2	Rehabilitering i hjemmet	10
3.3	Kommunene i undersøkelsen	12
4.	Organisering og samarbeid	16
4.1	Å utvikle tilbud om rehabilitering i hjemmet	16
4.2	Organisering av tjenesten	20
4.3	Samarbeid	23
4.4	Videreutvikling av tjenesten	26
4.5	Suksesskriterier for god organisering	27
5.	Praksis og arbeidsmåter	28
5.1	Tildeling og utvelgelse av brukere	28
5.2	Utførelse av tjenesten	34
5.3	Suksesskriterier for god praksis	40
6.	Erfaringer og resultater	42
6.1	Erfaringer fra brukere	42
6.2	Erfaringer fra ansatte	44
6.3	Økonomiske resultater	47

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over kartleggingsverktøy

Vedlegg 2: Litteraturliste

1. INNLEDNING

Rambøll har gjennomført *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet i perioden august-oktober 2012. I denne rapporten presenteres resultatene fra undersøkelsen.

Undersøkelsen baserer seg på kvalitative intervjuer med brukere og ansatte i seks utvalgte kommuner. Rambøll ønsker å takke hver enkelt informant for å ha delt sine erfaringer med oss. Deres velvillighet har gjort det mulig å spre erfaringer til andre kommuner og interessenter som ønsker å vite mer om hvordan et tilbud om rehabilitering i hjemmet kan organiseres og iverksettes.

Rehabilitering i hjemmet har fått økt oppmerksomhet den senere tiden. Å tilby ulike former for rehabilitering i hjemmet er blitt framhevet som en velegnet strategi for å møte det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester rundt om i norske kommuner. Særlig har innføringen av samhandlingsreformen, der kommunene har fått økt ansvar for habilitering og rehabilitering, bidratt til å sette rehabilitering i hjemmet på dagsorden. Tanken er at kommunene i en avgrenset tidsperiode setter inn en forsterket, tverrfaglig innsats til hjemmeboende med et pleie- og rehabiliteringsbehov, med fokus på rehabilitering og mestring. Ved å arbeide målrettet for å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent, kan behovet for varig og omfattende pleie i mange tilfeller reduseres, og behovet for institusjonsplass utsettes.

Rehabilitering i hjemmet omtales gjerne som en "vinn-vinn-ordning": bruker opplever økt livskvalitet gjennom å gjøres i stand til å kunne bo lenger i sitt eget hjem, samtidig som det er ressursbesparende for kommunen. Hvorvidt dette er tilfelle, vil belyses i denne undersøkelsen. Undersøkelsen inngår som kunnskapsgrunnlag for Helsedirektoratets videre arbeid med rehabilitering i hjemmet.

1.1 Om undersøkelsen

Formålet med undersøkelsen har vært å innhente kunnskap og erfaringer fra et mindre utvalg kommuner som har satset målrettet på rehabilitering i pasientens hjem/vante miljø. Undersøkelsen belyser praksis og arbeidsmåter i seks utvalgte kommuner, hvor vi har sett nærmere på de erfaringer kommunene har gjort seg i arbeidet med å gi rehabiliteringstilbud i hjemmet. I denne rapporten blir deres arbeid og erfaringer presentert og gjort tilgjengelig med tanke på erfaringsspredning til andre kommuner. I rapporten anvender vi gjennomgående begrepet rehabilitering i hjemmet.

1.1.1 Undersøkelsens temaer

Undersøkelsen er bygget opp rundt tre hovedtemaer, som samlet sett gir et bilde av hvordan kommunene arbeider med å tilby rehabilitering i hjemmet, samt hvilke erfaringer de har gjort seg i arbeidet. De overordnede temaene som har inngått i undersøkelsen, er:

- Organisering og samarbeid
- Praksis og arbeidsmåter
- Erfaringer og resultater

Under hvert av disse temaene, har vi gjennom datainnsamlingen hatt særlig fokus på å hente fram gode eksempler og gode grep som har blitt gjort i kommunene. Vi har undersøkt hvordan kommunene har jobbet for å etablere gode samarbeidsrutiner og finne organisatoriske løsninger, og hvilke grep de har tatt for å implementere ny praksis og nye arbeidsmåter på ulike nivåer i kommunen. Vi har videre sett på hvem tjenesten ytes til, hvilke erfaringer kommunene har gjort seg med tjenesten så langt, og hvordan eventuelle utfordringer har blitt løst. Vi har systematisk vært ute etter å fange opp suksesskriterier ved ordningen/tilbudet. Endelig har vi sett på hvilke erfaringer brukere og ansatte har gjort seg med tjenesten, samt hvilke økonomiske gevinster som kan tilskrives denne formen for rehabilitering. Forhåpentlig kan kunnskapen og erfaringene tjene som inspirasjon til andre kommuner.

1.2 Metodisk gjennomføring

På bakgrunn av formålet for denne undersøkelsen var det hensiktsmessig med en kvalitativ tilnærming i oppdraget. Rambøll har innhentet data gjennom dybdeintervjuer med brukere og ansatte i seks utvalgte kommuner. De seks kommunene som inngår i undersøkelsen, er:

- Bodø
- Bærum
- Bømlo
- Gjøvik
- Mandal
- Trondheim

De seks kommunene er valgt ut av Helsedirektoratet og forespurt å delta i undersøkelsen. Bakgrunnen for utvelgelsen ligger i direktoratets kjennskap til ulike kommuners tilnærming og arbeid med å etablere tilbud om rehabilitering i brukers hjem/vante miljø. Rambøll har ikke medvirket i utvelgelsen av kommuner.

Rent praktisk foregikk rekrutteringen slik at det ble sendt ut et invitasjonsbrev fra Helsedirektoratet til de aktuelle kommuner. I den første henvendelsen svarte fire kommuner positivt på forespørselen, mens to kommuner avsto invitasjonen. Begrunnelsen for avslaget var kommunenes vurdering av at de på daværende tidspunkt ikke hadde kommet langt nok i arbeidet med rehabilitering i hjemmet, og at de således ikke hadde gjort seg tilstrekkelige erfaringer til at det ville være hensiktsmessig å delta i undersøkelsen. To andre kommuner ble derfor forespurt å delta, som da takket ja.

Selve gjennomføringen av undersøkelsen foregikk i tre faser. I den innledende fasen ble det gjennomført dokumentanalyser av relevant litteratur, og det ble foretatt innledende intervjuer med oppdragsgiver og et knippe andre sentrale aktører. Den andre fasen bestod av kvalitative dybdeintervjuer med henholdsvis ledere, ansatte og brukere/pårørende i de seks kommunene som inngår i studien. I den siste fasen ble datamaterialet fra intervjuene i kommunene sammenstilt og analysert. Sentrale elementer og funn fra hver kommune ble sortert og systematisert etter undersøkelsens hovedtemaer (organisering og samarbeid, praksis og arbeidsmåter, samt erfaringer og resultater), og herværende rapport ble utarbeidet.

Nedenfor presenterer vi nærmere den metodiske fremgangsmåten i de tre fasene.

1.2.1 Fase 1 – innledende dokumentanalyse og intervjuer

For å sikre et solid kunnskapsgrunnlag på feltet rehabilitering i hjemmet, foretok vi i den innledende fasen av undersøkelsen en gjennomgang av tilgjengelig litteratur på feltet. Sentrale forskningsrapporter, utredninger, stortingsmeldinger og politiske proposisjoner ble systematisk gjennomgått. I tillegg til sentrale stortingsmeldinger, NOUer og lovverk knyttet til kommunenes ansvar for rehabilitering, var det særlig sentralt å gå dypere inn i tilgjengelig litteratur og dokumentasjon knyttet til erfaringene fra den danske kommunen Fredericia, samt den svenske kommunen Øresund. Disse kommunene blir ofte trukket fram som modeller eller eksempler på hvordan en kan arbeide med rehabilitering i hjemmet/brukers vante miljø. Videre ble tilgjengelige rapporter og evalueringer fra de kommunene som inngår i undersøkelsen gjennomgått. Litteraturlisten i vedlegg 1 gir en oversikt over gjennomgått litteratur.

I tillegg til dokumentanalysene, ble det gjennomført innledende intervjuer med utvalgte sentrale aktører/interessenter. Slike innledende intervjuer er en velegnet metode for raskt å få innblikk i sentrale problemstillinger og perspektiver innenfor et felt. Følgende aktører ble intervjuet i den innledende runden:

- Helsedirektoratet
- Ergoterapeutene – Norsk ergoterapeutforbund
- Norsk fysioterapeutforbund (NFF)
- Norsk revmatikerforbund (NRF)

- Landsforeningen for slagrammede (LFS)

Aktørene ble valgt ut for å gi oss et overordnet innblikk i arbeidet som gjøres på feltet rehabilitering i hjemmet, både fra et brukerperspektiv, fra involverte fagfelt, og fra politisk hold.

Intervjuene var lagt opp som utforskende – eller eksplorative – intervjuer, en intervjuform der vi på forhånd definerer noen temaer og spørsmål, men som samtidig gir mye rom for at de intervjuede aktørene selv kan bringe på bane temaer og problemstillinger de opplever som relevante.

Den innledende intervjurunden gav oss mulighet til raskt å få innblikk i sentrale problemstillinger og perspektiver på feltet. Gjennom å lytte til innspill fra de ulike aktørene som ble intervjuet, fikk vi tilført ytterligere kunnskap og informasjon om det praktiske arbeidet med rehabilitering i hjemmet som foregår i kommunene. Innspillene gjorde oss også oppmerksomme på nye sider ved rehabilitering i hjemmet med tanke på begrepsbruk og forståelsesrammer. På denne måten bidro de utforskende intervjuene til å spisse våre problemstillinger.

Kunnskap fra den innledende fasen ble benyttet både i den påfølgende prosessen med å utarbeide intervju spørsmål til de kvalitative intervjuene i fase to, og som referansepunkt i analyse- og tolkingsarbeidet i den tredje og siste fasen av prosjektet. Informasjonen fra de innledende intervjuene ligger således som et bakteppe for undersøkelsen. I rapporten gjør vi imidlertid ingen direkte henvisninger til disse intervjuene.

1.2.2 Fase 2 – kvalitative intervjuer i kommunene

I den andre fasen innhentet vi data fra de seks deltakerkommunene som inngår i undersøkelsen. Vi gjennomførte totalt 40 kvalitative dybdeintervjuer med henholdsvis ledere, ansatte og brukere/ pårørende i kommunene. Innenfor dette oppdragets rammer, hadde vi på forhånd avgrenset oss til å gjennomføre inntil syv intervjuer i hver kommune. For å dekke ulike enheter og nivåer i kommunen og sikre sammenligningsgrunnlag mellom kommunene, satte vi opp noen forslag til aktører vi anså for å være mest relevante å intervjuer i hver kommune. Vi så for oss at tildelingsenhet/ koordinerende enhet, leder og ansatt innenfor hjemmetjenester, leder og ansatt innenfor rehabiliteringstjenester, samt en til to brukere i hver kommune, ville være relevante. Samtidig vektla vi at kommunene selv måtte avgjøre hvem det ville være mest hensiktsmessig å intervjuer i deres kommune, ut i fra hvordan de arbeidet.

Tabell 1-1 under gir en oversikt over hvilke aktører som er intervjuet i de ulike kommunene.

Tabell 1-1: Gjennomførte intervjuer i de ulike kommunene

	Hvem	Bodø	Bømlo	Bærum	Gjøvik	Mandal	Tr.heim
Ledere	Kommunaldirektør	1		1			
	Leder pleie-/omsorgstjenester	1	1		1	1	1
	Leder rehabiliteringstjenester		1	1	1		2
	Tildelingsenhet/bestillerkontor koordinerende enhet	1	1	1	1	1	1
Ansatte	Ansatte i tverrfaglig team	2		2	1		2
	Ordinær pleie-/omsorg		1		1	1	
	Ordinær fysio-/ergoterapi		1			2	
Brukere		2	1	2		2	2
Antall intervjuer totalt		7	6	7	5	7	8

Alle intervjuene ble gjort over telefon. I et par tilfeller ble to personer intervjuet sammen, ellers er intervjuene utført en til en. Når det gjelder intervjuer med brukere, ble det i et par tilfeller hvor vi vurderte det som naturlig/nødvendig, også gjort intervjuer/samtaler med vedkommendes pårørende.

Dessverre lyktes vi ikke med å intervjuer to brukere i alle kommunene, slik planen var. Dette kan tilskrives at enkelte av kommunene har et helt nyoppstartet tilbud, der få brukere har hatt erfaring med tilbudet så langt.

1.2.3 Fase 3 – analyse og rapportering

I den siste fasen ble datamaterialet fra kommunene sammenfattet, tolket og analysert.

Data fra de ulike intervjuene dekker ulike sider av kommunenes arbeid med rehabilitering i hjemmet/brukers vanter miljø. Hver kommune ble i så måte behandlet som et case. Vi utarbeidet et eget casenotat for hver kommune. I casenotatet ble kommunens samlede arbeid sortert etter de overordnede temaene for undersøkelsen (Organisering og samarbeid; praksis og arbeidsmåter; erfaringer og resultater), og det ble gjort en foreløpig sammenfatning av hovedinntrykk og sentrale funn.

I det videre analysearbeidet, brukte vi tid på å gjennomgå kjennetegn ved arbeidet som gjøres i hver kommune. Vi foretok en systematisk gjennomgang av særtrekk og fellestrekk ved kommunenes arbeid, og gode eksempler fra kommunene innenfor de ulike temaene undersøkelsen skal belyse, ble trukket frem. Videre tok vi for oss ulike utfordringer og barrierer kommunene har møtt i arbeidet, og hvordan disse har blitt løst. Funn og konklusjoner ble diskutert og drøftet internt i prosjektteamet, og satt i sammenheng med vår gjennomgang av tidligere forskning og litteratur på feltet.

Det tekstlige arbeidet knyttet til hvordan materialet best skulle struktureres og presenteres ble også drøftet og diskutert, og herværende rapport ble utarbeidet.

1.2.4 Metodiske utfordringer/begrensninger

Av de seks kommunene som inngår i undersøkelsen, har det vist seg at flere er i startfasen når det gjelder å etablere tilbud om rehabilitering i hjemmet. For disse har det vært for tidlig å si noe om økonomiske gevinster av satsningen. Blant de øvrige kommunene, foreligger det heller ikke mye skriftlig dokumentasjon som kan dokumentere eller tallfeste gevinster av arbeidet de har gjort så langt. Ofte kan arbeidet være godt dokumentert i oppstartsfasen, uten at det er gjort oppfølgende dokumentasjon eller sammenligninger av tall etter en periode i ordinær drift. Dette har gjort det vanskelig å slå fast eventuelle økonomiske gevinster eller effekter av arbeidet. Rambøll har gjort en gjennomgang av det skriftlige materialet som har vært tilgjengelig, men det har ikke vært mulig å dokumentere økonomiske innsparinger for kommunene i særlig grad i denne rapporten.

Økonomiske innsparinger er samtidig et viktig aspekt ved kommunenes satsning på rehabilitering i hjemmet. Intervjuene med brukere og ansatte har derfor belyst erfaringer og resultater på individnivå. På den måten har vi fått belyst foreløpige og antatte besparelser og gevinster, både for brukere og for kommunen som helhet.

1.3 Leserveiledning

Rapporten er lagt opp som følger:

Kapittel 2 gir et kort sammendrag av undersøkelsens sentrale funn og konklusjoner.

Kapittel 3 beskriver litt av den politiske konteksten som ligger bak kommunenes arbeid med rehabilitering generelt, og rehabilitering i hjemmet spesielt. Videre introduserer vi de seks kommunene som inngår i undersøkelsen. Vi introduserer deres ulike tilnærminger til rehabilitering i hjemmet, hvordan de overordnet har organisert sitt tilbud, og hvor erfarne de er med tanke på å tilby rehabilitering i hjemmet.

Kapittel 4 omhandler kommunenes organisering av arbeidet med rehabilitering i hjemmet, og hvordan kommunene har jobbet for å forankre satsningen, både på ledernivå og nedover i organisasjonen. Kapitlet tar også opp samarbeid og samarbeidsrutiner knyttet til tjenesten, både internt i kommunen og ut mot helseforetak og spesialisthelsetjeneste.

Kapittel 5 beskriver praksis og arbeidsmåter som knyttes til tjenesten i de ulike kommunene. Vi ser nærmere på hvordan kommunene går fram når det gjelder tildeling av tjenesten, og hvordan de vurderer hvilke brukere tjenesten egner seg for. Kapitlet tar også opp hvordan tjenesten utøves i praksis, og hva som kjennetegner god praksis i kommunene.

Kapittel 6 tar opp hvilke erfaringer ansatte og ledere i kommunene har gjort seg med tjenesten, og hvilke resultater det er mulig å se av arbeidet i de ulike kommunene så langt. Vi tar også for oss hva som kan sies å være fordeler og ulemper med ordningen sammenlignet med andre tilbud, og hvilke suksesskriterier som kan knyttes til ordningen, både for brukere, for ansatte og for kommunen som helhet.

2. SAMMENDRAG

Rambøll har gjennomført *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet i perioden august-oktober 2012.

Formålet med undersøkelsen har vært å innhente kunnskap og erfaringer fra et mindre antall kommuner som har satset målrettet på rehabilitering i brukerens hjem/vante miljø. Undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med ledere, ansatte og brukere i seks kommuner. Det gjelder kommunene Bodø, Bærum, Bømlo, Gjøvik, Mandal og Trondheim. Kommunene ble valgt ut av Helsedirektoratet.

Undersøkelsen er bygget opp rundt tre hovedtemaer, som samlet sett gir et bilde av hvordan kommunene arbeider med rehabilitering i hjemmet. Temaene er:

- Organisering og samarbeid
- Praksis og arbeidsmåter
- Erfaringer og resultater

Satsning på rehabilitering i hjemmet

Rehabilitering i hjemmet har i den senere tid fått økt oppmerksomhet. Å tilby ulike former for rehabilitering i hjemmet er blitt framhevet som en velegnet strategi for å møte det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner. Særlig har innføringen av samhandlingsreformen, hvor kommunene har fått økt ansvar for habilitering og rehabilitering, bidratt til å sette rehabilitering i hjemmet på dagsorden i kommunene. Tanken er at kommunene i en avgrenset tidsperiode setter inn en forsterket, tverrfaglig innsats til hjemmeboende med pleie- og/eller rehabiliteringsbehov, med fokus på rehabilitering og mestring. Ved å arbeide målrettet for å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpne, kan behovet for varig og omfattende pleie i mange tilfeller reduseres, og behovet for institusjonsplass utsettes.

Flere norske kommuner har påbegynt arbeid med rehabilitering i hjemmet, og enkelte har hatt et slikt tilbud siden 2000. Den danske kommunen Fredericia og den svenske kommunen Östersund har bidratt med inspirasjon til hvordan tilbudet kan organiseres. I Norge har Norsk ergoterapeutforbund igangsatt prosjekt *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Prosjektet har som mål å stimulere norske kommuner til å etablere tilbud om hverdagsrehabilitering, og prøves nå ut i flere kommuner.

Organisering og samarbeid

Denne undersøkelsen viser at de seks kommunene i utvalget har valgt ulike måter å organisere sitt tilbud på, og har tilpasset tilbudet til lokale forhold i egen kommune. Uavhengig av organisering er de mest sentrale tjenestene fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og hjemmesykepleien. Enkelte kommuner har nylig startet arbeidet med rehabilitering i hjemmet, som Gjøvik og Mandal, mens andre har hatt tilbudet lenge, som Bærum og Trondheim. Dette får naturligvis følger for hvor godt innarbeidet tilbudet er i det kommunale tjenesteapparatet.

Undersøkelsen har avdekket noen overordnede forhold som har vist seg å være avgjørende for å få i stand en satsning på rehabilitering i hjemmet i kommunene. For det første må satsningen være forankret på politisk og administrativt nivå i kommunen. Dette kan bidra til å understøtte forankrings- og implementeringsprosessen utover i tjenestene. Videre krever satsningen at kommunen er villig til å investere midler til rehabilitering i hjemmet, med økt ressursinnsats i starten av rehabiliteringsforløpet, ut ifra en tro på at arbeidsformen vil være kostnadsbesparende på lengre sikt. Det er også avgjørende å sette av tid i oppstarten for å avklare overordnede mål og strategier for satsningen, legge konkrete planer for eventuelle ansettelse eller omstruktureringer som må til for å etablere tilbudet, samt å opprette kontakt med involverte aktører/tjenester. Flere kommuner har god erfaring med egne arbeidsgrupper og dedikerte nøkkelpersoner. Til sist kreves det at kommunen arbeider grundig og kontinuerlig med informasjonsarbeid og holdningsendring blant tjenestene som berøres av arbeidsformen. Det er nødvendig med en felles oppfatning av hva rehabilitering innebærer, og kunnskap for å endre vanter og at-

ferdsmønstre knyttet til pleie og omsorg. Sistnevnte gjelder særlig personell med lang erfaring innen pleie- og omsorgstjenesten som skal utføre rehabiliteringsoppgaver.

Ettersom rehabilitering skal være tverrfaglig, er samarbeid mellom de involverte tjenestene sentralt. Kommunene som har deltatt i undersøkelsen har delt sine erfaringer rundt gode grep for å få til et godt samarbeid. Dette innebærer å etablere velfungerende systemer for å utveksle informasjon på tvers av faggrupper, faste møtepunkter og samarbeidsrutiner i teamet, arbeide for en felles forståelse av mål og strategier for arbeidet, samt å inkludere bestillerkontor/tildelingsenhet i satsningen. Det er også viktig å informere tilstrekkelig ut til bestillerkontor, utskrivende instanser, samt hjemmesykepleien, om kriterier for tildeling av tjenesten og hvilke signaler en skal se etter hos aktuelle brukere, for slik å fange opp potensielle brukere.

Brukerne

Kommunene i undersøkelsen har i stor grad rettet tilbudet mot de samme brukergruppene. Slagpasienter er en hovedgruppe i alle kommunene. En kommune hadde innledningsvis avgrenset tilbudet til kun slagpasienter, men har nå utvidet målgruppen. Utover denne brukergruppen er tilbudet også rettet mot ortopedi, amputasjoner, KOLS, trafikkulykker, fedme og eldre med gradvis eller brå funksjonssvikt. De fleste kommunene arbeider hovedsakelig med eldre pasienter. Undersøkelsen viser også at individuelle trekk ved brukerne er viktige for å lykkes med rehabilitering i hjemmet. Av særlig betydning er det at brukerne selv er motiverte, eller lar seg motivere, til å gjøre en innsats. Videre må de ha et funksjonsnivå som er høyt nok til at de kan fungere i eget hjem uten døgntilsyn, og de må ha et rehabiliteringspotensial. Sistnevnte innebærer at de har mulighet til å forbedre sitt funksjonsnivå.

Alle kommunene arbeider systematisk med kartlegging av brukerne, først og fremst for å vurdere hvorvidt brukeren ønsker og kan ha nytte av rehabilitering i hjemmet fremfor andre typer tilbud, som eksempelvis opphold på rehabiliteringsinstitusjon eller ordinær hjemmetjeneste. Kartlegging benyttes videre for å få et bilde av brukerens funksjonsnivå, og for å avdekke brukerens ønsker og behov knyttet til eget funksjonsnivå. I samtlige av de seks kommunene i undersøkelsen er det et sterkt fokus på at brukeren skal involveres i utformingen av eget tjenestetilbud. Bruker har også vært med på å sette kortsiktige og langsiktige mål for egen rehabilitering i samtlige kommuner. En grundig kartlegging av brukerens egne målsettinger og ønsker om fremtidig funksjonsnivå viser seg å være avgjørende for å utvikle et tilbud som er tilrettelagt brukerens behov. Kommunene arbeider strukturert med dette. Bruken av individuell plan og koordinator synes imidlertid å være lite utbredt blant brukerne som er omfattet av denne undersøkelsen.

Tverrfaglig tilbud

Rehabiliteringen i hjemmet involverer i hovedsak fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere/ansatte i hjemmetjenesten. Oppgavene dreier seg konkret om å bistå brukeren i trening for å bli selvhjulpen i dagligdagse gjøremål. Dette kan være knyttet til å bevege seg rundt i hjemmet, fysisk trening som balanseøvelser og trappegang, personlig hygiene som dusjing, matlaging, planlegging av aktiviteter og innkjøp, foreta innkjøp, eller kommunikasjon som å håndtere mobiltelefon. En forutsetning er at bruker har behov for et tverrfaglig tilbud, som utføres av personell innen flere ulike yrkesgrupper.

Den konkrete rehabiliteringen gjennomføres på ulike måter i kommunene i undersøkelsen. I enkelte kommuner har en etablert tverrfaglige rehabiliteringsteam, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, som er inne i brukerens hjem for å utføre rehabiliteringen. I andre kommuner benyttes hjemmetrenere, som er ansatt i kommunens hjemmetjeneste, som er involvert i rehabiliteringen under veiledning fra fagpersonell i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Andre kommuner har valgt en organisering hvor det primært er ansatte i hjemmetjenesten som utfører rehabiliteringen, men hvor fysioterapi og ergoterapi også inngår i tilbudet. Dette tyder på rehabiliteringen innebærer ulik grad av tverrfaglighet i de ulike kommunene. Sistnevnte organisering krever mer kompetanseheving blant ansatte, og må anses som en mer krevende og ambisiøs organisering, sammenlignet med å sentrere innsatsen til et tverrfaglig rehabiliteringsteam med eller uten trenede hjemmetrenere. En fordel ved å integrere rehabiliteringen i den ordinære hjemmetjenesten kan være at en ved å gjøre hjemmetjenesten oppmerksom på problemstillingene, i større grad kan fange opp potensielle brukere gjennom ansatte i hjemmetjenesten. Samlet viser undersøkelsen at det ser ut til å være hensiktsmessig å etablere et tverrfaglig team eller en ar-

beidsgruppe som gir tilbud om rehabilitering i hjemmet, og som arbeider målrettet og dedikert med satsningen.

Undersøkelsen har også avdekket at flere kommuner har begrensede ressurser innenfor fysio- og ergoterapitjenesten, og at kommuneøkonomi setter begrensninger for oppbemanning av disse tjenestene. Å la ansatte i hjemmetjenesten utføre rehabiliteringsoppgaver kan være en måte å løse denne ressursmangelen på. Samtidig kan en da stille spørsmål ved hvorvidt kvaliteten på rehabiliteringen blir like god, når oppgavene utføres av personell som ikke har spesifikk fagkompetanse innenfor rehabilitering.

Tildeling av rehabiliteringstilbud

Gjennom undersøkelsen har det fremkommet at brukerne hovedsakelig tilbys rehabilitering i hjemmet ved fire ulike anledninger: direkte etter utskrivning fra sykehus, etter opphold på rehabiliteringsinstitusjon, ved funksjonstap hos brukere med ordinære hjemmetjenester, eller ved registrering av nye brukere med behov for hjemmetjenester. I kommuner med tildelingskontor/bestillerkontor, er kontoret gitt en sentral rolle i tildelingen av tilbudet. Vi anser dette å være et godt grep med tanke på å fange opp brukere til tjenesten. Det krever imidlertid at tildelingskontoret er kontinuerlig oppdatert på satsningen og i stand til å fange opp potensielle brukere i sin gjennomgang av innkomne søknader og henvendelser. De tverrfaglige rehabiliteringsteamene er også involvert i tildelingen av tilbudet i flere kommuner.

Undersøkelsen viser også at samtlige kommuner har fokus på å gjennomføre en grundig kartlegging av brukerens rehabiliteringsbehov tidlig i prosessen. Dette er avgjørende for at brukeren skal få et rehabiliteringstilbud tilpasset den enkeltes behov og ønske. Det finnes samtidig eksempler på at kartleggingen har avdekket andre eller mer omfattende behov hos brukeren, slik som et opphold på rehabiliteringsinstitusjon.

Tilfredse brukere

Generelt viser denne undersøkelsen av brukerne som har mottatt rehabiliteringstilbud i hjemmet er fornøyde med tilbudet. Vi ser at brukerne opplever det som positivt at det stilles krav til dem selv om å trene for å nå både kortsiktige og langsiktige mål om et høyere funksjonsnivå. Dette gir resultater, og brukeren opplever mestringsfølelsen som medfølger økt funksjonsnivå ser også ut til å ha positive effekter på brukerens psykiske helse, og øker dermed trivsel, livskvalitet og brukerens deltakelse i sosialt liv. Rent praktisk medfører økt funksjonsnivå at brukeren kan bli boende lenger i eget hjem, og minsker behovet for pleietjenester. Dette er noe de fleste brukerne ønsker, og som også ønskes av deres pårørende. Det å bo i eget hjem kan imidlertid oppleves som utrygt for noen brukere som har opplevd fall i eget funksjonsnivå. Jevnlig oppfølging i form av rehabilitering i hjemmet kan bidra til å skape trygghet slik at de likevel trives i eget hjem.

Trivsel blant ansatte

Undersøkelsen viser at ansatte i tverrfaglige rehabiliteringsteam, eller som på andre måter er involvert i rehabilitering i hjemmet, er svært tilfredse med denne arbeidsformen. De trekker frem at det er inspirerende og givende å arbeide for at brukere får økt funksjonsnivå. De opplever at økt tilfredshet blant brukere som ser fremgang, som igjen gir de ansatte en følelse av å gjøre en god jobb. Videre trekkes det frem som positivt med økt samarbeid på tvers av faggrupper. Tverrfaglig samarbeid øker de ansattes faglige utbytte, og det oppleves meningsfylt å utgjøre en del av et sammensatt tjenestetilbud hvor flere yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål.

Økonomiske gevinster for kommunene

Kommunene som deltok i denne undersøkelsen har en klar oppfatning av at det er økonomisk besparende å tilby rehabilitering i hjemmet fremfor andre typer tjenester, så fremt det tilbys til brukere som kan dra nytte av tilbudet. Ingen av kommunene har gjennomført systematiske beregninger av hvor mye de har spart på å arbeide på denne måten. Men kommunene kan vise til konkrete eksempler som tyder på at rehabilitering i hjemmet medfører bedre ressursutnyttelse gjennom at brukere kan bo lengre i eget hjem, samt at behovet for ordinære pleie- og omsorgstjenester reduseres.

Ulik begrepsbruk

Til sist er det viktig å påpeke at kommunene benytter ulike begreper på sine tilbud om rehabilitering i hjemmet. Det er ulike oppfatninger av hva begrepene hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering innebærer. Begrepene ser ut til å fylles med noe ulikt innhold, både innad i og på tvers av kommuner, og flere kommuner finner det vanskelig å skille begrepene fra rehabilitering generelt. Noen kommuner benytter begrepene hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering om hverandre, mens andre er tydelige på at det er to innholdsmessig ulike begreper.

3. REHABILITERING I HJEMMET/BRUKERS VANTE MILJØ

Rehabilitering defineres som *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*¹. I rehabiliteringsprosessen står brukeren i sentrum og den enkelte skal kunne medvirke ved gjennomføring av eget rehabiliteringstilbud.

Rehabilitering er med andre ord en prosess som omfatter flere tjenester som til sammen utgjør et helhetlig behandlingsforløp. En enkelt tjeneste anses dermed ikke som rehabilitering. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 presiseres det at rehabilitering omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering, samt attføring². Rehabilitering skal heller ikke likestilles med det «å gjøre frisk»; målsetningen er at den enkelte kan nå eller holde ved like *"sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå"* ved hjelp av ulike tjenester³.

I dette kapitlet vil vi først se nærmere på det økte fokuset på rehabilitering i hjemmet, både i Norge og i våre naboland. Deretter introduseres de seks kommunene som inngår i denne undersøkelsen. Vi presenterer kort deres arbeid med rehabilitering i hjemmet, hvordan de har organisert tilbudet og hvilke begreper de benytter på tilbudet.

3.1 Kommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering

Samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgsloven har gitt kommunene økt ansvar for å sikre at innbyggere får et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud⁴. Med reformen og lovendringene, har kommunesektoren fått økt ansvar for forebygging, helsefremmende arbeid og tidlig innsats, herunder habilitering og rehabilitering⁵. Sentralt for samhandlingsreformen er videre å flytte tjenestene nærmere der folk bor, samt å etablere bedre og mer helhetlig samarbeid mellom ulike tjenesteled, både internt i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste⁶.

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven er kommunene pliktig til å inngå samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene (RHF-ene). Samarbeidsavtalene skal inneholde retningslinjer for samarbeidet mellom kommune og HF i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering og rehabilitering av pasienter. Videre pålegger den nye loven alle kommuner å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og å tilby individuell plan og koordinator til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester⁷. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene⁸.

For å imøtekomme det økte ansvaret innen rehabilitering, er kommunene avhengige av å utvikle gode strategier og arbeidsmåter, samt videreutvikle sin kompetanse. Her kan rehabilitering i hjemmet vise seg å være et hensiktsmessig rehabiliteringstilbud.

3.2 Rehabilitering i hjemmet

I arbeidet med å utvikle gode løsninger for forebygging og rehabilitering for eldre i norske kommuner, har den danske kommunen Fredericia og den svenske kommunen Östersund fått mye oppmerksomhet. Fredericia startet sin satsning på hverdagsrehabilitering i 2007, og viser til at de

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html>

² St.prp. nr 1 (2007-2008), kapittel 9. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

³ St. meld. Nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nr/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

⁵ Jfr. Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDPDFS.pdf>

⁶ Ibid.

⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven, tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7, tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

utviklet sin modell blant annet ved å se til den svenske kommunen Östersund. I Östersund startet satsningen på hjemmerehabilitering i år 2000. Til tross for en satsning på rehabilitering også i norske kommuner, har flere likevel sett til den danske og svenske modellen for inspirasjon. Derfor presenterer vi de to ulike tilnærmingene eller modellene som Fredericia og Östersund har prøvd ut.

3.2.1 Hverdagsrehabilitering etter Fredericia-modellen

Den danske kommunen Fredericia har utviklet en modell for hverdagsrehabilitering. Deres modell kan kort forklares med at de i tilfeller med gradvis eller plutselig funksjonssvikt blant eldre, settes inn et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt egne "hjemmetrenerne" (pleie-/omsorgsarbeidere med opplæring i rehabilitering), som gir tett oppfølging i vedkommendes hjem eller vante miljø i en avgrenset periode. Tidlig intervensjon og forebygging er sentralt. Etter grundig kartlegging av brukers behov, samt utvikling av mål for innsatsen i samråd med bruker, fokuserer teamet på opptrening og tilrettelegging, mestring og motivasjon. De arbeider for å unngå at bruker blir en passiv hjelpemottaker, utsette aldersbetinget funksjonsfall, og gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent⁹.

Teamet setter inn en stor tverrfaglig innsats i starten, der fysioterapeuter, ergoterapeuter og/eller sykepleiere veileder og instruerer hjemmetrenerne i arbeidet. Etter hvert trappes innsatsen gradvis ned, og hjemmetrenerne utfører arbeidet selv. Endelig gjøres en sluttvurdering, og bruker kan enten klare seg uten hjelp, eller gå over til mindre omfattende hjelpetjenester fra kommunen. Fredericia har dokumentert arbeidet grundig underveis, og kan vise til svært gode resultater og effekter av hverdagsrehabiliteringen. Arbeidet i kommunen har både ført til store økonomiske innsparinger, tilfredshet blant brukere som kan klare seg lenger hjemme, og økt trivsel blant ansatte som blir inspirert av å se resultater av innsatsen¹⁰. En kostnadsanalyse utført i 2010, viste blant annet at satsningen hadde oppnådd en reduksjon på 15 % innenfor pleie- og omsorgstjenester på årsbasis. På dette tidspunktet var satsningen avgrenset til kun nye tjenestemottakere¹¹.

3.2.2 Hjemmerehabilitering etter Östersund-modellen

Den svenske kommunen Östersund har utviklet en litt annen modell for rehabilitering i hjemmet, og har også blitt løftet fram som en eksempelkommune på rehabiliteringsfeltet. De startet sin satsning på "hemmerehabilitering" allerede i år 2000. Modellen tar utgangspunkt i at brukers eget hjem ofte er det beste stedet å trene opp igjen de praktiske funksjoner en person trenger for å klare seg hjemme etter et funksjonsfall eller et sykdomsforløp¹². De fleste kjenner seg trygge når de er hjemme og kan følge sine egne rutiner, og de fleste ønsker å bli boende hjemme så fremt det er mulig. Også her handler satsningen i stor grad om å bistå brukere til å bli mest mulig selvhjulpne.

Til forskjell fra Fredericia, benyttes det ikke egne hjemmetrenerne i Östersund. I stedet legges det opp til at det tverrfaglige teamet som settes inn, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samarbeider tett med sykepleiere og helsefagarbeidere i den ordinære hjemmetjenesten. I tillegg har Östersund hatt en noe annen tilnærming en Fredericia når det gjelder målgrupper for rehabiliteringen. I motsetning til Fredericia, som har lagt stor vekt på forebygging og tidlig intervensjon, har en i Östersund fokusert mer på brukere/pasienter med noe mer omfattende oppfølgingsbehov.

Samtidig er det mange likhetstrekk mellom de to modellene. Östersund legger, som Fredericia, stor vekt på at brukeren skal settes i sentrum, og at brukers egne mål, ønsker og behov skal være utgangspunktet for den hjelpen som gis. Brukeren skal trekkes aktivt inn i prosessen med å utvikle mål og handlingsplan. Teamet rundt brukeren skal fungere som en støtte og motiva-

⁹ Kjellberg, Jakob, 2010. *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune*. København, Dansk Sundhedsinstitut. Tilgjengelig fra:

http://www.ro.no/Rapport_okonomisk_evaluering_selvstendig_%20liv_fredricia_kommune_dk.pdf

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibsen, Rikke og Kjellberg, Jakob (2010): *Økonomisk evaluering af «Længst Muligt i Eget Liv» i Fredericia Kommune*. Dansk Sundhedsinstitut, København.

¹² Se kommunens nettsider: <http://www.ostersund.se/>

sjonskilde, og oppmuntre brukeren til selv å ta initiativ, finne løsninger og delta aktivt i eget liv¹³. Östersund har vunnet flere priser for sin innsats med hjemmerehabilitering, og også her viser evalueringer at livskvaliteten hos brukerne øker og at antallet fremskritt er flere, samtidig som arbeidsmåten fører til innsparinger i kostnadene til kommunen¹⁴.

3.2.3 Satsninger i Norge

Også norske kommuner har jobbet på denne måten over lengre tid, med gode resultater. Bærum kommune startet sitt arbeid med hjemmerehabilitering i år 2000. Kommunen må regnes som en foregangskommune når det gjelder å innføre og tilpasse arbeidsmåtene og tilnærmingene i hjemmerehabilitering i ordinær drift. Gjennom utviklingen av sitt tilbud, har de sett mye til Sverige og Östersund, da de startet sitt arbeid omtrent på samme tid. Vi vil komme nærmere inn på hva Bærum har gjort når vi nå straks introduserer de seks kommunene som inngår i denne undersøkelsen.

Av andre igangsatte satsninger i Norge, kan nevnes Norsk ergoterapiforbunds prosjekt *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*¹⁵. Både innenfor ergoterapi og fysioterapi, kan tanke settet knyttet til rehabilitering i hjemmet/brukers vante miljø sies å være iboende i fagene, og faggruppene har derfor ønsket å bidra til at disse ideene spres. Ergoterapiforbundet har fått med Fysioterapiforbundet og Sykepleierforbundet i prosjektet, som får støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektet har som mål å stimulere norske kommuner til å etablere tilbud om hverdagsrehabilitering, og prøves nå ut i flere kommuner.

3.3 Kommunene i undersøkelsen

De seks kommunene som inngår i undersøkelsen er ulike med tanke på geografi, populasjon, kommunestruktur m.m. De er geografisk spredt rundt om i landet, og det varierer også hvor mye erfaring de har med rehabilitering i hjemmet. Enkelte er helt i oppstarten med å etablere et tilbud, mens andre, slik som Bærum, over tid har utviklet et tilbud som er godt integrert i kommunens tjenestetilbud. Vi vil nå kort introdusere de seks kommunene ved å gi et overblikk over hvordan de jobber med rehabilitering i hjemmet, hvordan de forholder seg til de ulike begrepene "hjemmerehabilitering" og "hverdagsrehabilitering", og videre hvordan kommunenes arbeid plasserer seg ut i fra disse to hovedretningene.

Bodø

Bodø kommune har 48 000 innbyggere. Kommunen har i overkant av 20 virksomheter innenfor helse og omsorg, hvor vi finner både hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten.

I Bodø benyttes begrepet hverdagsrehabilitering. Bodø er den av de seks kommunene i utvalget som kan sies å ligge tettest opp mot Fredericia-modellen, blant annet ved at de benytter egne hjemmetrenere i sitt rehabiliteringstilbud.

Kommunen har over lengre tid hatt fokus på forebygging og å gi hjelp på lavest mulig omsorgsnivå. De startet opp med et forprosjekt kalt "Lengst mulig i eget liv – i eget hjem" etter inspirasjon og besøk i Fredericia kommune i Danmark i 2011. I prosjektet ble det lagt planer for en pilot i en av hjemmetjenestesoner i 2012, med påfølgende innføring som en ordinær tjeneste i alle hjemmetjenestesoner i 2013. De er nå i gang med dette arbeidet, og har i den sammenheng etablert et tverrfaglig rehabiliteringsteam våren 2012, bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere. Teamet har fulgt opp brukere siden mai 2012, og har så langt erfaringer med rundt 5 brukere.

¹³ Östersunds innsats er blant annet omtalt i NOU 11/2011: *Innovasjon i omsorg*.

¹⁴ <http://www.ostersund.se/stodomsorgvard/nyheterstodomsorgvard/nyhetsarkivstodomsorgvard/nyheterstodomsorgvard2008/hem-rehabiliteringbelonadesmedvardegrundspris.5.2ed310711a7c48d9f980004800.html>.

¹⁵ Se rapporten *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*, publisert av Ergoterapeutene, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk sykepleierforbund i 28.09. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering>

Bærum

Bærum kommune har 115 000 innbyggere. Hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapi-tjenesten er lagt til ulike tjenesteområder. Hjemmetjenesten er lagt til Omsorg, trygd og sosiale tjenester, mens habilitering og rehabilitering er lagt til tjenesteområde Helse.

I Bærum er det en klar oppfatning av hva som ligger i begrepene hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. De definerer eget arbeid som hjemmerehabilitering, siden rehabiliteringsteamene retter sin innsats mot pasienter som skrives ut fra sykehus med til dels store, sammensatte problemstillinger. Brukeren får tverrfaglig rehabilitering i hjemmet, som et alternativ til rehabilitering på institusjon. Kommune ligger dermed tettere opp til Östersund-modellen. Et tilbud i retning hverdagsrehabilitering, kan bli aktuelt etter hvert, men det foreligger ikke konkrete planer om dette.

Kommunen er etter all sannsynlighet den kommunen som har lengst erfaring med å arbeide med hjemmerehabilitering i Norge. De startet opp med et treårig utviklingsprosjekt i 1999/2000, for å prøve ut en økt satsing på intensiv hjemmebasert rehabilitering. Prosjektet ble etablert som et tverrfaglig team bestående av tre ergoterapeuter og tre fysioterapeuter, samt prosjektleder. Formålet med prosjektet var å unngå at brukerne havnet på sykehjem (institusjonalisering), og å starte opptrening så raskt som mulig i vante omgivelser, slik at de fungerer best mulig i eget hjem. Kommunen har sett gode resultater av å arbeide på denne måten, og hjemmerehabilitering er nå integrert i ordinær drift. Tjenesten utføres nå av tre tverrfaglig sammensatte rehabiliteringsteam.

Bømlo

Bømlo kommune har 11.500 innbyggere. Hjemmetjenesten ligger under tjenesteområde omsorg, trygd og sosiale tjenester. Avdeling for habilitering og rehabilitering, ligger under tjenesteområde helse.

I samarbeid med kommunene Stord, Bømlo og Fitjar, samt Helse Fonna (sykehuset på Stord), er kommunen med i et prosjekt kalt "heimerehabilitering". Det er etablert et tverrfaglig ambulant rehabiliteringsteam med personer fra de ulike instansene. Prosjektet er finansiert av midler fra Helsetorgmodellen. Helsetorgmodellen er et samhandlingsprosjekt mellom Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund og kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Bømlo, Stord, Sveio og Odda. Under Helsetorgmodellen kunne kommunene velge mellom flere delprosjekter, som alle har tilknytning til Samhandlingsreformen. Bømlo kommune valgte delprosjekt "Hjemmebasert rehabilitering", som har fokus på pasienter med hjerneslag. Kommunens tilnærming følger ikke egentlig noen av de to grunnmodellene, men må sies å ligge noe tettere opp til Östersund-modellen enn til Fredericia-modellen.

Prosjektet startet opp mars 2012 og skulle etter planen avsluttes november 2012. Nå er det forlenget til juni 2013. Det har kun vært én bruker i Bømlo som har fått hjemmerehabilitering. Prosjektet skal videreføres i ordinær drift og utvides til å gjelde alle aktuelle diagnoser, ikke kun slag. Både hjemmetjenesten, fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten er involvert i tjenestetilbudet. Prosjektet har ikke tatt ordentlig form enda, og er lite innarbeidet ettersom det har vært få pasienter. Man ser behov for en annen organisering med større grad av tverrfaglig samarbeid blant tjenesteytere i kommunen.

Gjøvik

Gjøvik kommune har 29.000 innbyggere. Både hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten er lagt til tjenesteområde helse og omsorg.

Gjøvik har lenge benyttet hverdagsrehabilitering som begrep innenfor fysio-/ergoterapitjenesten, og er nå i oppstarten med å etablere en mer tverrfaglig satsning på hverdagsrehabilitering. Hjemmerehabilitering er også i bruk som begrep i kommunen, og det har vært diskusjoner knyttet til begrepsbruken. I utviklingen av sitt rehabiliteringstilbud, har kommunen sett til Fredericia-modellen, men tilpasset denne til lokale forhold. De har for eksempel valgt bort løsningen med egne hjemmetrenere, men arbeider med å implementere rehabiliteringstankegangen i hele hjemmetjenesten.

Kommunen har jobbet en del med å tenke forebygging og hverdagsrehabilitering inn i de ordinære tjenester de senere årene. Det er stort fokus på rehabilitering i hjemmet/brukers vanter miljø, både i kommuneledelsen og blant ansatte. Kommunen har satt *"lengst mulig i eget hjem/eget liv"* som et overordnet mål. Nytt av året er etableringen av et eget innsatsteam for hjemmerehabilitering, som startet med brukere i august 2012. Innsatsteamet skal veilede den ordinære hjemmetjenesten til å utføre deler av rehabiliteringen.

Trondheim – bydel Lerkendal

Trondheim kommune har 177 000 innbyggere, og er delt inn i fire administrative bydel. Hver bydel er organisert med et bestillerkontor, kalt helse- og velferdskontor, som også fungerer som bydelens koordinerende enhet. Hjemmetjenesten i bydel Lerkendal er inndelt i tre. Fysio- og ergoterapitjenesten er bydelsovergripende.

I bydelen benyttes begrepet hjemmerehabilitering, men innholdet i de ulike begrepene diskuteres internt. Ulike begreper blir benyttet i tilknytning til ulike prosjekter, slik som hverdagsmestring, tidlig rehabilitering og tidlig intervensjon.

Lerkendal har i lengre tid hatt fokus på rehabilitering i hjemmet, og har blant annet hatt besøk fra den svenske kommunen Östersund tilbake i 2007. De har arbeidet med ulike prosjekter knyttet til hjemme-/hverdagsrehabilitering de senere årene. Bydelens tverrfaglige innsatsteam har eksistert i nærmere ti år, og inngår i den ordinære driften. I de sakene hvor det tverrfaglige innsatsteamet er involvert, er det snakk om hjemmerehabilitering for brukere som ved utskrivning fra sykehus/rehabiliteringsinstitusjon har noe større, mer omfattende behov, slik som også Bærum gjør det. Slik sett ligger Trondheims tilnærming tettere opp til Östersunds modell. Samtidig er kommunen nå i gang med et arbeid med fokus på forebygging og tidlig rehabilitering beregnet på brukere med mindre behov. Dette arbeidet går mer i retning hverdagsrehabilitering.

Mandal

Mandal kommune har 15 000 innbyggere. Både hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten er lagt inn under tjenestoområde helse og omsorg.

I Mandal benyttes begrepet hjemmerehabilitering, til forskjell fra rehabilitering på institusjon. Kommunen forholder seg samtidig til hverdagsrehabilitering, som knyttes til å mestre hverdagsaktiviteter. Hverdagsrehabilitering kan således inngå i en hjemmerehabiliteringsprosess.

Kommunen er i oppstartsfasen når det gjelder å etablere tilbud om hjemmerehabilitering. Deres satsning går ut på å utvikle et tettere samarbeid mellom ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmetjenesten. Kommunen har ikke opprettet tverrfaglig rehabiliteringsteam. Hjemmetjenesten skal trenes i å fange opp brukere med behov for hjemmerehabilitering, og hjemmetjeneste skal etter veiledning fra fysio-/ergoterapi kunne gå inn og utføre deler av rehabiliteringen. Så langt er dette ikke prøvd ut på mer enn et fåtall brukere.

Det er viktig å understreke at alle kommunene i undersøkelsen har foretatt egne tilpasninger for å utvikle en tjeneste som fungerer i sin kommune. Ingen av kommunene har kopiert en ferdig modell, men brukt tid på å tilpasse modellene til de lokale forholdene i kommunen og laget egne varianter. Det finnes ingen mal som passer alle, og kommunene fremhever at det er viktig å bruke tid på å finne løsninger som fungerer for den enkelte kommune.

3.3.1 Ulik begrepsbruk

I denne undersøkelsen har vi funnet at begrepene hverdags- og hjemmerehabilitering fremstår som litt uklare for flere kommuner. Noen kommuner benytter begrepene hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering om hverandre, mens andre er helt tydelige på at det er to innholdsmessig ulike begreper. Begrepene ser ut til å fylles med noe ulikt innhold, både innad og på tvers av kommuner, og flere kommuner finner det vanskelig å skille begrepene fra alminnelig rehabilitering.

Det som trekkes fram når en skal skille mellom hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering, er først og fremst hvilke pasienter og målgrupper det er snakk om. Der hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende og passivt pleiebehov, kan hjemmerehabilitering også omfavne brukere/pasienter med større oppfølgingsbehov. Dermed kan hjemmerehabilitering omfatte hverdagsrehabilitering, men ikke motsatt. Enkelte kommuner har også utviklet egne begreper tilpasset deres lokale satsninger, slik som *hverdagsmestring i hjemmet* eller *tidlig rehabilitering*.

Ut i fra disse definisjonene, ser vi at hverdagsrehabilitering ikke skiller seg stort fra annen rehabilitering. Som rehabilitering generelt, legges det vekt på at innsatsen skal være tverrfaglig og tidsavgrenset, og ta utgangspunkt i brukers ønsker og behov. Det som utmerker seg, er kanskje det særlige fokuset å gjøre bruker i stand til å mestre hverdagslige oppgaver for slik å kunne bli boende hjemme lengst mulig. Ergoterapiforbundet påpeker også at hverdagsrehabilitering er av mer generell karakter, og ikke kan erstatte mer spesifikk rehabilitering utført på rehabiliteringsinstitusjoner eller institutter.

Felles for flere kommuner, er imidlertid at de ser behov for å etablere et tydeligere felles språk og noen felles definisjoner for begrepene på nasjonalt plan. Dette er av særlig betydning med tanke på det pågående arbeidet som gjøres i kommunene når det gjelder å finne en felles plattform for arbeidet med hjemme-/hverdagsrehabilitering for fagområdene fysio-/ergoterapi og sykepleie/pleie- og omsorg. I denne rapporten benyttes som nevnt innledningsvis begrepet *rehabilitering i hjemmet*.

4. ORGANISERING OG SAMARBEID

Som vi har sett i det foregående kapitlet, har kommunene valgt ulike tilnærminger til rehabilitering i hjemmet. De har blant annet lagt seg tettere til den ene eller andre modellen, og gjort egne tilpasninger, i tillegg til at deres fartstid på feltet varierer. I dette kapitlet, vil vi gå nærmere inn på kommunenes erfaringer knyttet til å sette et tilbud om rehabilitering i hjemmet i system, hvordan de har organisert satsningen, og hvordan de i satsningen samarbeider på tvers av tjenester. Vi belyser ulike utfordringer og fordeler knyttet til de ulike måtene å organisere tjenesten på.

Vi starter med å se nærmere på de ulike erfaringene kommunene har gjort seg knyttet til å utvikle, videreutvikle og styrke sitt tilbud om rehabilitering i hjemmet. Hvordan har kommunene gått fra en mer eller mindre fragmentert satsning, til å sette rehabilitering i hjemmet i system?

4.1 Å utvikle tilbud om rehabilitering i hjemmet

For å kunne tilby et helhetlig tilbud om rehabilitering i hjemmet, er det flere faktorer som må være på plass. Helt sentralt, finner vi at det trengs vilje i kommunen til å endre på tidligere arbeidsmåter og enes om å satse på rehabilitering i hjemmet. Dette handler i stor grad om politisk vilje, engasjement og prioritering. Uten at satsningen settes på politisk dagsorden, er det svært vanskelig å få gjennomslagskraft.

Vi vil nå se på viktige grep kommunene har gjort for å skape vilje og handlingsrom i kommunen til å satse på og (videre-)utvikle et tilbud om rehabilitering i hjemmet.

Det første initiativet til å satse på rehabilitering i hjemmet kommer gjerne fra en eller flere ildsjeler som brenner for å arbeide med nettopp dette, og som inspirerer andre med sitt engasjement. I fysio- og ergoterapitjenesten, er tankesettet bak rehabilitering i hjemmet kjent og innarbeidet. Ofte er det engasjerte ledere eller medarbeidere innenfor disse tjenestene som først tar initiativ til å få i gang en større satsning på rehabilitering i hjemmet i sin kommune. I andre tilfeller, er det engasjerte personer i kommunens ledelse som først har grepet tak i tematikken. Ildsjeler som brenner for tilnærmingen, skal ikke undervurderes, da de kan være avgjørende for om en kommune våger å satse på dette.

Videre har flere kommuner deltatt på arrangementer der rehabilitering i hjemmet har vært tema, og tatt med seg inspirasjon herfra tilbake til kommunen. Enkelte av de kommunene som har arbeidet en stund med tilnærmingen, har også tatt i mot andre kommuner til å hospitere hos seg, blitt invitert til andre kommuner for å komme og dele av sine erfaringer, eller arrangert fagdager for erfaringsdeling og faglig påfyll. Eksempelvis har Gjøvik kommune vært i Trondheim og hospitert, Mandal kommune har fått bistand fra Arendal kommune og hentet ideer og inspirasjon derfra, og Bodø kommune har nylig arrangert en temadag der fem andre kommuner deltok.

Flere av kommunene i undersøkelsen har også enten fått besøk av eller vært på besøk hos svenske eller danske kommuner for å lære mer om hvordan det arbeides med rehabilitering i hjemmet der. De har tatt med seg ideer og inspirasjon fra disse besøkene inn i arbeidet med å etablere et tilbud tilpasset de lokale forholdene i egen kommune.

Et studieopphold i København der de ble presentert for Fredericias satsning, gav Bodø kommune ekstra inspirasjon til å starte opp arbeidet med hverdagsrehabilitering. Særlig var det nyttig at Fredericia kunne vise til god dokumentasjon på at deres innsats lønnet seg og hadde effekt, både for brukere og ikke minst for kommuneøkonomien. Turen gjorde arbeidsgruppen i stand til å inspirere og "overbevise" øvrig politisk og økonomisk ledelse om at dette var noe det ville lønne seg for kommunen å satse på.

Når kommunen har noen inspirerte og engasjerte medarbeidere og/eller ledere som ønsker å innføre rehabilitering i hjemmet, begynner arbeidet med å sette ideene ut i livet. Nye tenkemåter, arbeidsrutiner og systemer skal etableres. Som nevnt over, trengs både pågangsmot, vilje og

engasjement fra ansatte som arbeider med dette for å få til en satsning. Prosjekt-/arbeidsgruppe, så vel som politisk og administrativ ledelse, trenger informasjon og kunnskap, inspirasjon og faglig påfyll. De trenger informasjon om rehabilitering i hjemmet som tankesett og arbeidsmåte, klare argumenter og beregninger som viser at dette er økonomisk lønnsomt, og de trenger praktiske råd når det gjelder hvordan satsningen kan se ut i sin kommune.

For å sette satsningen på rehabilitering i hjemmet i system, er det videre noen overordnede faktorer som går igjen blant kommunene i undersøkelsen, som vi nå ønsker å utdype:

- 1.) Forankring på ledernivå
- 2.) Finansiering
- 3.) Tid og ressurser til planlegging
- 4.) Informasjonsarbeid og holdningsendringer

4.1.1 Forankring på ledernivå

Funn fra denne undersøkelsen, viser at det å forankre satsningen på ledernivå i kommunene er særlig avgjørende for å oppnå et godt resultat. Å ha støtte fra både politisk og administrativt hold, gjør forankrings- og implementeringsprosessen utover i tjenestene enklere, og det åpner for gode løsninger når det gjelder finansiering av satsningen.

Gjøvik kommune har rehabilitering som et overordnet satsningsområde. Satsningen på hverdagsrehabilitering er godt forankret på ledernivå, og både helse- og omsorgssjef og rådmann er engasjert i satsningen. Tematikken er også tatt opp på ledermøter og integrert i kommunale planer. Det at ledelsen sender tydelige signal om at det skal satses på hverdagsrehabilitering, gjør det lettere for ledere og mellomledere å prioritere arbeidet med å implementere satsningen i sine tjenestoområder og avdelinger, og å holde fokus på satsningen over tid.

Som vi ser av eksemplet fra Gjøvik over, kan det å forankre satsningen i overordnede kommunale planer, bidra til å lette forankringsprosessen. Det oppleves også positivt for de ansatte i det tverrfaglige teamet at de slipper å "kjempe for" satsningen, men opplever støtte og drahjelp fra ledelsen.

I Trondheim, har bydel Lerkendal et eget ledernetverk for rehabiliteringsfeltet, hvor hjemmetjenesten, rehabiliteringsinstitusjonene, tildelingsenheten og den bydelsovergripende fysio-/ergoterapitjenesten er representert. Ledernetverket møtes jevnlig og diskuterer alt fra konkrete utfordringer til mer overordnede problemstillinger innenfor rehabiliteringsfeltet. Forumet anses å være viktig for å gi ledere en felles forståelse for satsningen på rehabilitering, og sørge for at ledere drar i samme retning. Ledernetverket hindrer at de ulike fagområdene blir sittende å jobbe hver for seg.

Det å forankre satsningen i administrativ og politisk ledelse i kommunen, gjør også ledelsen klar over gevinsten som vil komme på sikt av å gå inn med større ressurser og jobbe målrettet og intensivt for en kortere periode. Dette kan videre medvirke til at ledelsen bidrar med å finne smarte løsninger for finansiering av satsningen.

Av gode grep som kan fremheves for å skape en god forankring blant politisk og administrativ ledelse i kommunen, kan vi oppsummere:

- Gi ledelsen tilstrekkelig informasjon og kunnskap om hvorfor det bør satses på rehabilitering i hjemmet
- Gi ledelsen tilgang på dokumenterte innsparinger og gevinster fra andre kommuner
- Gjør ledelsen oppmerksom på hva satsningen vil kreve av ekstra innsats og ressurser i oppstartsfasen

Det siste punktet henger sammen med vårt neste hovedpunkt, nemlig finansiering av ordningen:

4.1.2 Finansiering

En av de første utfordringene kommunene møter i etableringsfasen, er hvordan tjenesten eller prosjektet skal finansieres. Skal det opprettes nye stillinger, og i så fall, hvordan skal disse finansieres? Er det mulig å overføre eller frikjøpe allerede eksisterende stillinger til arbeidet med rehabilitering i hjemmet? Finnes det støtteordninger eller midler kommunen kan søke på?

Flere kommuner oppgir at det kan være krevende å få gjennomslag for å tenke langsiktig i kommunene, slik som denne satsningen krever. Enda kommunene med stor sannsynlighet vil spare på satsningen på sikt, kan det være krevende å finne finansielle løsninger her og nå. Her gjelder det å få ledelsen til å se at det vil koste litt ekstra i starten, før en kan se noen økonomisk gevinst.

Bodø har i oppstartsfasen vært aktive ut mot økonomiavdelingen i kommunen. Gjennom å vise til dokumenterte innsparinger i Fredericia kommune, har de fått økonomiavdelingen engasjert i satsningen. Økonomiavdelingens engasjement har ikke bare ført til åpninger for å omdisponere midler, men også gjort at økonomiavdelingen har bidratt med å utvikle systemer for å registrere brukere som mottar hverdagsrehabilitering og hvilken innsats som blir satt inn. Dette gir mulighet til å hente ut statistikk, følge med på og dokumentere den økonomiske effekten av satsningen over tid.

For å finne gode finansieringsløsninger for satsningen, kan det altså være et godt grep å kunne vise til dokumenterte økonomiske gevinster, og slik inspirere og invitere økonomiavdelingen til å engasjere seg i satsningen.

Når det gjelder selve finansieringen av satsningen, må vi skille mellom kommuner som har organisert tjenesten som et prosjekt, og kommuner som har organisert satsningen inn i de ordinære tjenestene. Vi kommer tilbake til dette under avsnitt 4.2.2. Her kan imidlertid kort nevnes at i tilfeller med prosjektfinansiering, har et par av kommunene mottatt skjønnsmidler fra Fylkesmannen til satsningen.

4.1.3 Tid og ressurser til planlegging

Det er også avgjørende å sette av tid i oppstarten for å avklare overordnede mål og strategier for satsningen, legge konkrete planer for eventuelle ansettelser eller omstruktureringer som må til for å etablere tilbudet, samt å opprette kontakt med involverte aktører/tjenester. Dette gjøres best om det opprettes en fast arbeidsgruppe som er forankret på ledernivå i kommunen. Dedikerte medarbeidere med særlig fokus på satsningen bidrar til å holde oversikt og fokus over tid. Her er det av avgjørende betydning at prosjektgruppen sammen definerer hva tilbudet skal innebære og hvordan det skal se ut, før de går ut og informerer de berørte tjenestene.

I flere kommuner er arbeidsgruppen identisk med det tverrfaglige teamet som skal jobbe opp mot brukere. Her viser det seg at det er et godt grep å inkludere tildelingsenheten eller bestillerkontoret i kommunen i gruppen. Bestillerkontoret har en nøkkelrolle når det gjelder hvilke tjenester ulike brukere skal få, og trenger derfor å bli bevisst den nye tjenesten som skal tilbys og hvilke brukere den er beregnet på. Administrativ ledelse i kommune bør også inngå i arbeidsgruppe, eller i det minste delta i enkelte møter, for slik å opprettholde en tett forankring til ledernivå i kommunen.

I Bodø har to av de ansatte ved bestillerkontoret fått særlig ansvar for feltet hjemmerehabilitering (det er avsatt til sammen 20 % stilling til dette formålet). Disse to har vært inkludert i arbeidsgruppa helt fra planleggingsfasen. Dette har sikret at bestillerkontoret hele tiden har vært oppdatert på satsningen, samt hvilke brukere satsningen er ment til. Bestillerkontoret har fått en sentral rolle når det gjelder å fange opp nye brukere når de eksempelvis skrives ut fra sykehus eller søker om økte pleietjenester.

Særlig i større kommuner med flere enheter å forholde seg til, er det viktig å sette av tilstrekkelig med tid til å etablere nye strukturer og samhandlingsrutiner. Turnus- eller arbeidsplaner skal legges, nye samarbeidsarenaer etableres, og det skal avklares hvem som har ansvar for hva. Enkelte kommuner har gode erfaringer med at de i starten har avgrenset satsningen til ett hjemmetjenesteområde, eller fokusert på en bestemt brukergruppe, for så å utvide tilbudet etter hvert. Fordelen med denne fremgangsmåten, er at en får mulighet til å prøve ut arbeidsmetoder og rutiner, og gjøre eventuelle justeringer før en utvider til et fullskala tilbud.

Flere kommuner nevner også viktigheten av å finne dedikerte personer som ønsker å jobbe med dette når det kommer til rekruttering av personell til tjenesten. Eksempelvis nevnes å dra nytte av det engasjementet som ofte finnes i fysio- og ergoterapitjenesten fra før, samt å finne personer fra hjemmetjenesten som finner tilnærmingen interessant og meningsfull. I mange tilfeller finnes allerede ansatte eller avdelinger som har arbeidet mer eller mindre systematisk med rehabilitering i hjemmet fra før. Personene i arbeidsgruppen får en nøkkelrolle med tanke på å spre engasjement og skape blesst om satsningen ute i de ulike tjenestene.

Mandal er i oppstartsfasen av sin satsning på hjemmerehabilitering, og er en av de kommunene som understreker viktigheten av å finne dedikerte personer til å arbeide med satsningen fra oppstarten av. De erfarer at det er viktigere å finne de riktige personene å spille på, enn hvilken tjenesteinstans som får ansvaret for satsningen. Eksempelvis har leder for koordinerende enhet fått en sentral rolle, ikke så mye på grunn av hennes stilling, men på grunn av hennes engasjement, vilje og tro på satsningen.

Av gode grep som kan fremheves for å få til en god planlegging av tjenesten, kan vi oppsummere:

- Finne riktige personer til arbeidsgruppe – må være dedikerte og spre engasjement
- Sette av tid og ressurser til at arbeidsgruppe får definere begreper, målsetninger og rammer for satsningen
- Inkludere bestillerkontor og kommuneledelse i arbeidsgruppe for å sikre bred forankring
- Å starte i det små, for så å utvide gradvis etter hvert som "barnesykdommene" er unngjort og nødvendige justeringer er foretatt

Vårt siste hovedpunkt når det gjelder å sørge for en god etablering av tjenesten, er å arbeide med holdningsendring ute i tjenestene:

4.1.4 Informasjonsarbeid og holdningsendring

Det fremgår av denne undersøkelsen at det er et møysommelig arbeid for kommunene å få ansatte og ledelse i ulike tjenester, særlig innenfor de tradisjonelle pleie-/omsorgstjenestene, til å endre tenke- og arbeidsmåter i retning rehabilitering. Å skape holdningsendringer i en innarbeidet arbeidskultur er en omstendelig prosess. Her er målrettet og informasjon over tid et viktig stikkord. Informasjonsarbeidet er ikke unngjort med et felles informasjonsmøte – informasjonen må tilpasses ulike målgrupper og gjentas i flere omganger for å sikre en bred forankring. Flere kommuner peker her på viktigheten av at fagledere, soneledere og avdelings-/tjenesteledere får den samme informasjonen på tvers av tjenesteområder, for slik å sørge for en felles forståelse for satsningen. Videre kan avdelingsledere gå foran og vise engasjement for satsningen, og lage møteplasser der ansatte får diskutere og utveksle tanker og ideer knyttet til satsningen.

Flere kommuner, blant andre Trondheim og Gjøvik, peker på at arbeidet som er gjort for å forankre satsningen på ledernivå i kommunen, har lettet arbeidet med å spre informasjon og engasjement om nye arbeidsmåter ute i enhetene.

Videre finner vi at det er viktig å unngå at de ulike tjenestene opplever satsningen som noe som blir tredd ovenfra og ned, men at det er en satsning som hele kommunen er samlet om. Satsningen må være tydelig tverrfaglig forankret, slik at alle involverte tjenester får eierskap til sats-

ningen. Alle involverte faggrupper må inkluderes på lik linje, og arbeidet i arbeidsgruppa gjort i forkant med å definere begreper og avgrense rammer og strukturer for satsningen, må videreformidles ut til ansatte på en måte som viser at dette er et felles prosjekt med felles mål på tvers av enheter og nivåer. En strategi som flere kommuner med hell har prøvd ut, er å trekke fram konkrete eksempler på hva satsningen kan føre til for brukere og for kommunen.

Det å kunne vise til konkrete eksempler og resultater for brukere som får rehabilitering i hjemmet, har i flere kommuner vist seg som en fruktbar strategi for å skape engasjement for satsningen blant ansatte. Ansatte må gjøres trygge på at dette ikke er noe kommunen gjør utelukkende for å spare penger, men at det også er en verdig og helhetlig måte å gi omsorg på, som gir brukere muligheten til å bli boende lenger i eget hjem.

Når det gjelder å forankre tjenesten ute blant ansatte i kommunen, vil nødvendigheten av dette variere ut i fra hvilken tilnærming eller organiseringsform kommunen har valgt for satsningen. Dersom rehabilitering skal involvere den enkelte ansatte i hjemmetjenesten, vil det være behov for en mye større innsats med tanke på kursing og opplæring av de ansatte. Det vil også stadig være behov for vedlikehold av kunnskapen for å unngå å skli tilbake til gamle rutiner. Dersom kommunen har valgt å konsentrere seg om et spesialisert team som skal utføre tjenesten, stiller dette seg imidlertid annerledes.

I tillegg til å sørge for tilstrekkelig informasjon ut til de involverte tjenestene, er det som vi har vært inne på viktig å inkludere tildelingsenheten eller bestillerkontoret på et tidlig tidspunkt. Om de ikke er med i arbeidsgruppa, er det desto viktigere å sørge for å informere aktivt ut til bestillerkontoret/tildelingsenheten og innlemme dem i satsningens mål og målgrupper, og gjøre dem i stand til å kunne fange opp brukere.

Videre må også brukere og pårørende, samt eksterne samarbeidsparter informeres. Særlig viktig er det at brukere og pårørende føler seg trygge på at de vil få den hjelpen og støtten som de trenger gjennom ordningen. Dette kan løses på ulike måter. Bodø kommune har valgt å lage en egen informasjonsbrosjyre rettet mot brukere og pårørende:

I Bodø har de utviklet en egen informasjonsbrosjyre om tilbudet om hverdagsrehabilitering. Brosjyren retter seg mot brukere og pårørende, men er også brukt i informasjonsarbeid ut til øvrige helsetjenester, slik som helsestasjon og fastleger, samt elderråd, brukerorganisasjoner m.m. Brosjyren gir kort informasjon om hva tilbudet om hverdagsrehabilitering går ut på, hvorfor kommunen satser på dette, hva brukere kan forvente av tjenesten, samt kontaklinformasjon til det tverrfaglige teamet.

Av gode grep som kan fremheves for god informasjon ut til berørte instanser i kommunen, kan vi oppsummere:

- Tilstrekkelig og spisset informasjon ut til berørte tjenester, brukere og pårørende, samt andre samarbeidsparter for å gjøre tjenesten/satsningen kjent
- Gi mest mulig lik informasjon til ledere for ulike tjenester for å sikre at kommunen jobber mot et felles mål på tvers av avdelinger
- Vise gjennom eksempler at satsningen ikke er noe kommunen gjør bare for å spare penger, men at det også er et gode for bruker
- Ha fokus på at det er en tverrfaglig satsning – unngå at en tjeneste "eier" satsningen
- Å hele tiden holde tematikken varm

4.2 Organisering av tjenesten

Som vi har vært inne på under presentasjonene av kommunene i avsnitt 3.3, har kommunene svært forskjellige utgangspunkt når det kommer til geografi, demografi, hvor lenge de har jobbet med rehabilitering i hjemmet osv. Dette er faktorer som spiller inn på hvordan kommunen har

valgt å organisere sitt tjenestetilbud innenfor helse og omsorg generelt, og også sitt tilbud om rehabilitering i hjemmet.

Tabellen under gir en oversikt over hvordan kommunene har organisert tilbudet om rehabilitering i hjemmet på et overordnet plan.

Tabell 4-1: kommunenes organisering av tilbud om rehabilitering i hjemmet

Kommune	Overordnet organisering	Finansiering	Utforming av tilbud/tjeneste
Bodø	• Prosjektorganisering med planer om å innføre i ordinær drift • Tverrfaglig team lagt direkte under kommunaldirektør for helse og omsorg.	• Skjønnsmidler fra Fylkesmannen • Kommunale midler • Omgjøring av stillinger fra hjemmetjeneste til hjemmetrenere	1 tverrfaglig team bestående av: ✓ Fysioterapeut (50 %) ✓ Ergoterapeut (50 %) ✓ Sykepleier (30 %) ✓ 3 hjemmetrenere fordelt på 1,89 % stillinger
Bømlo	• Prosjektorganisering med planer om å innføre i ordinær drift • Interkommunalt samarbeid med kommunene Fitjar og Stord	• Prosjektmidler i interkommunalt prosjektsamarbeid • Ordinære kommunale midler	Samarbeid mellom fysio- og ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten ✓ En prosjektansatt i 40 % stilling tilknyttet interkommunalt rehabiliteringsteam
Trondheim/bydel Lerkendal	• Ordinær tjeneste med tverrfaglig innsatsteam lagt under helse- og omsorg • Parallelt iverksatt ulike prosjekter som er i ferd med å innlemmes i ordinær drift	• Ordinære kommunale midler • Tidligere tildelt skjønnsmidler fra Fylkesmannen til ulike prosjekter	1 tverrfaglig team bestående av: ✓ Fysioterapeut (100 %) ✓ Ergoterapeut (100 %) ✓ Sykepleier (100 %) ✓ Aktivitør (80 %)
Bærum	• Ordinær tjeneste utviklet på bakgrunn av tidligere prosjekt • Tverrfaglig rehabiliteringsteam lagt under tjenesteområde opptreng og rehabilitering	• Ordinære kommunale midler	3 tverrfaglige team bestående av: ✓ Fysioterapeut (100 %) ✓ Ergoterapeut (100 %) ✓ Sykepleier (100 %)
Gjøvik	• Ordinær tjeneste • Innsatsteam rehabilitering lagt under fysio- og ergoterapitjenesten	• Ordinære kommunale midler	1 tverrfaglig team bestående av: ✓ Fysioterapeut (100 %) ✓ Ergoterapeut (100 %) ✓ Sykepleier (100 %)
Mandal	• Ordinær tjeneste • Ansvar delt mellom rehabiliteringsenhet og pleie/omsorg	• Ordinære kommunale midler	Samarbeid mellom fysio-/ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten

Som det fremgår av tabellen, varierer det mellom kommunene hvilket tjenesteområde som har ansvaret for rehabilitering i hjemmet i de ulike kommunene. Ut i fra denne undersøkelsen, er det vanskelig å trekke fram fordeler eller ulemper ved den ene eller andre løsningen når det gjelder tilknytning til ulike tjenesteområder i de ulike kommunene.

Tabellen viser også variasjoner i om tilbudet er organisert og finansiert som et prosjekt, eller om den inngår i det ordinære tjenestetilbudet. Videre varierer det om kommunene har etablert et eget tverrfaglig team i arbeidet med å tilby rehabilitering i hjemmet, eller om ansvaret for å utføre tjenesten er lagt til de ordinære fysio- og ergoterapitjenestene samt hjemmetjenesten. Vi vil nå se nærmere på disse forholdene.

4.2.1 Prosjektorganisering eller ordinær drift

Av kommunene i denne undersøkelsen, har Bodø og Bømlo organisert arbeidet som et prosjekt, men det planlegges å bygges ut og inngå som del av det ordinære tjenestetilbudet etter hvert. Også i Bærum startet satsningen først som et prosjekt, men har nå lenge vært del av kommunens ordinære tilbud. I Lerkendal i Trondheim har en de siste tre-fire årene hatt flere prosjekter og satsningsområder som på ulike måter har rettet seg inn mot rehabilitering i hjemmet. Prosjektene er i dag i ferd med å innlemmes i ordinær drift, men bydelen har vektlagt å beholde mye av prosjektstrukturene når nye arbeidsrutiner nå blir lagt inn i de vanlige rutinene.

Mandal og Gjøvik har valgt å ikke organisere sine tilbud om rehabilitering i hjemmet som prosjekter, men innlemme dem som del av det ordinære tjenestetilbudet helt fra starten av.

Det er flere fordeler med å starte satsningen som et prosjekt, eller som en mindre satsning, som senere utvides og videreutvikles til å innføres i ordinær drift. Å starte i det små med dedikerte personer i en arbeidsgruppe, enten innenfor et geografisk område, eller med en avgrenset gruppe brukere, gir mulighet til å teste ut modeller og strategier, og utvikle det tilbudet som egner seg best ut i fra de forholdene og rammebetingelsene som finnes i kommunen. Det gir også arbeidsgruppen tid til å legge en strategi for hvordan implementeringen av satsningen inn i de ordinære tjenestene etter hvert skal foregå. Dersom en velger å innlemme satsningen som del av kommunens ordinære tjenestetilbud helt fra starten, kreves det systematisk og omfattende planleggings- og informasjonsarbeid ut til de berørte tjenestene.

4.2.2 Bruk av tverrfaglige team

I fire av kommunene (Bodø, Bærum, Gjøvik og Trondheim) er det etablert ulike tverrfaglige team som skal arbeide med rehabiliteringen i hjemmet/brukers vante miljø. I Mandal og Bømlo er det (foreløpig) ikke etablert slike team.

Denne undersøkelsen viser at etablering av tverrfaglige team er velegnet for å tilby rehabilitering i hjemmet. De tverrfaglige teamene kan fordype seg særlig i problemstillinger knyttet til rehabilitering i hjemmet, og de har mulighet til å bygge et sterkt tverrfaglig samarbeid inn mot bruker. De bygger også opp en egen kompetanse ut i fra erfaringene de har med brukere, som på sikt bidrar til å gjøre tjenesten sterkere.

En annen skillelinje mellom kommunene knytter seg til om det er det tverrfaglige teamet som skal gi hele rehabiliteringstilbudet, eller om også ansatte i hjemmetjenesten skal opplæres til å involveres i rehabiliteringen. I Mandal og Gjøvik, planlegges det at den ordinære hjemmetjenesten skal læres opp av fysio-/ergoterapitjenesten til å tilby deler av rehabiliteringen i hjemmet. Som vi har vært inne på i avsnitt 4.1.4., krever dette en helt annen innsats med tanke på å lære opp ansatte i hjemmetjenesten, enn det som er nødvendig dersom innsatsen blir konsentrert rundt det tverrfaglige teamet eller utvalgte hjemmetrenere, slik de for eksempel har valgt å gjøre det i Bodø. En tenkt fordel ved denne fremgangsmåten, kan på den andre siden være at en ved å gjøre hjemmetjenesten oppmerksom på problemstillingene, i større grad kan fange opp potensielle brukere gjennom ansatte i hjemmetjenesten. Likevel anser vi denne fremgangsmåten å være svært ambisiøs, da det krever en endring i måten ansatte i hjemmetjenesten jobber.

Om deler av rehabiliteringstilbudet skal tilbys av hjemmetjenesten, kan en måte å gå frem på være å benytte egne rehabiliteringskontakter i hjemmetjenestesonene som et bindeledd mellom de ulike tjenestene, slik det er planlagt i Mandal:

Mandal har fra tidligere etablert egne rehabiliteringskontakter ute i hjemmetjenestesonene. Fremover planlegges det å trekke disse mer aktivt inn i arbeidet med å få hjemmetjenesten i gang med å tenke og praktisere rehabilitering og forebygging. Rehabiliteringskontaktene er i satsningen tenkt å fungere som bindeledd mellom fysio-/ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten.

I forbindelse med at enkelte kommuner har valgt å organisere rehabiliteringstilbudet slik at det tilbys av ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, kan man stille spørsmål ved hvorfor disse oppgavene ikke kan ivaretas av fysio- og ergoterapitjenesten. Rambøll oppfatter hovedårsaken til dette å være ressursmangel i disse tjenestene, og hovedsakelig et økonomisk spørsmål. I forlengelsen av dette kan en da stille spørsmål ved hvorvidt kvaliteten på rehabiliteringen blir den samme når oppgavene utføres av personell som ikke har spesifikk fagkompetanse innenfor rehabilitering. Vi ser nærmere på opplæring av ansatte i avsnitt 5.2.3.

Vi vil gi en oppsummering av suksesskriterier og gode grep for organiseringen av tjenesten til slutt i dette kapitlet, men først ser vi nærmere på hvilke erfaringer kommunene har gjort seg med tanke på samarbeid og samarbeidsrutiner i arbeidet med rehabilitering i hjemmet.

4.3 Samarbeid

Det mest sentrale samarbeidet i satsningene rundt om i kommunene, er det interne samarbeidet mellom rehabiliteringstjenesten (fysio- og ergoterapi), hjemmetjenesten og bestillerkontoret/tildelingsenheten. For det tverrfaglige teamet eller arbeidsgruppen som er satt til å arbeide med rehabilitering i hjemmet, er det avgjørende å etablere faste møtepunkter og samarbeidsrutiner. Flere opererer med faste ukentlige møter der de går gjennom ulike brukere, samt tar opp mer overordnede problemstillinger på tvers i gruppa.

I Trondheim har det tverrfaglige teamet felles møte en gang i uken, hvor de går gjennom alle brukere. Det vektlegges at alle i teamet har forberedt seg og gjort seg opp tanker om status i sakene, hva de tenker om videre innsats og tiltak, og generelt hvilken utvikling de ser hos bruker. Teamet har samtidig mye uformell kontakt seg imellom gjennom uka, og finner det svært gunstig for kontakten at alle i teamet deler kontorlokaler.

Som vi allerede har vært inne på, har enkelte kommuner valgt å inkludere tildelingsenheten i arbeidsgruppen fra starten av, for på den måten å sikre at tildelingsenheten hele tiden er oppdatert på satsningen og i stand til å fange opp potensielle brukere i sin gjennomgang av innkomne søknader og henvendelser. Vi anser dette å være et godt grep med tanke på å fange opp brukere til tjenesten. Hvilke erfaringer de ansatte i de tverrfaglige teamene har når det gjelder tverrfaglig samarbeid, vil vi komme nærmere inn på i kapittel 6.2.

Videre er samarbeidet inn mot hjemmetjenesten helt sentralt i alle kommuner, men av særlig betydning i tilfeller der tilbudet ytes av hjemmetjenesten. Kommunene trekker her fram viktigheten av gode systemer for å utveksle informasjon på tvers av faggruppene. Enkelte kommuner har fått på plass gode rutiner på dette:

Gjøvik har gode erfaringer knyttet til å benytte et nytt elektronisk journalsystem der det tverrfaglige teamet kan utveksle informasjon med tildelingsenhet og fastleger. Systemet fører til at mer blir skriftliggjort, og de ulike som er involvert i en sak, kan følge med på utviklingen. Det jobbes med å knytte sykehusene til det samme systemet.

Andre kommuner som ikke har kommet like langt på dette feltet, opplever utfordringer knyttet til å skulle utveksle informasjon om brukere på tvers av tjenesteområder. Uansett om kommunen har tilgang på et godt journalsystem eller ikke, er det avgjørende at de ulike involverte partene blir enige om en struktur for den informasjonen som skal deles. Det skal ikke være opp til den enkelte lege, sykepleier eller andre hva som formidles.

Videre er det svært viktig å ha tett kommunikasjon og kontakt med ansatte og ledere i hjemmetjenesten. Et eksempel på hvordan denne kontakten kan foregå, finner vi i Mandal:

Mandal kommune har egne rehabiliteringskontakter på sine soner i hjemmetjenesten. Rehabiliteringskontaktene har i forbindelse med satsningen på hjemmerehabilitering fått særlig ansvar for å informere og motivere ansatte på sine soner om satsningen. De skal også ha et særlig ansvar for å fange opp brukere som kan ha behov for rehabilitering i hjemmet.

Mandal har lenge hatt rehabiliteringskontakter i hver hjemmetjenestesone, som primært har hatt i oppgave å bestille inn hjelpemidler til brukere. Med den nye satsningen på rehabilitering i hjemmet, har rehabiliteringskontaktene fått et tydeligere ansvar som bindeledd mellom fysio-/ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten. Det gjenstår å se hvilke erfaringer Mandal høster ved å bruke rehabiliteringskontaktene på denne måten.

Et annet eksempel på samarbeid mellom fysio-/ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten, kan hentes fra Trondheim kommune:

I Trondheim kommune ble det etablert et ledernetverk i forbindelse med et prosjekt som ble satt i gang i 2008, kalt *Hverdagsmestring i hjemmet*. I ledernetverket, inngår hjemmetjenesten, institusjon for korttidsrehabilitering i bydelen, bestillerkontoret*, samt de byomfattende fysio- og ergoterapitjenestene. Prosjektet er i dag avsluttet og skal inngå i de ordinære tjenestene, men ledernetverket fortsetter å møtes. Ledernetverket oppleves som avgjørende for å sikre at de ulike tjenestene drar i samme retning og jobber etter de samme målene.

*I Trondheim betegnes det Helse- og velferds kontor

Som det fremgår av eksemplet, handler det om samarbeid på ledernivå. Dette viser tilbake til viktigheten av en god forankring av satsningen hos enhets- og avdelingsledere, og at dette er noe som må vedlikeholdes over tid.

Av utfordringer som knytter seg til å etablere et godt samarbeid med hjemmetjenesten, er det særlig mangel på tid og ressurser som trekkes frem i de ulike kommunene. Hjemmetjenesten er som regel presset på tid, både når det gjelder å utføre tjenester for enkeltbrukere, og når det gjelder å kunne delta i felles fora og samarbeidsarenaer. De omleggingene som kreves for at hjemmetjenesten skal gi deler av rehabiliteringstilbudet, må derfor forankres svært godt, slik at ansatte i hjemmetjenesten ikke opplever det som om de blir pålagt ekstraoppgaver. De ulike ansatte går også i turnus, og går mye alene gjennom arbeidsdagen. Det er derfor også viktig å skape felles arenaer og møtepunkter hvor de ansatte i hjemmetjenesten får anledning til å diskutere satsningen seg imellom og komme med spørsmål og innspill, og få mulighet til å bygge opp et eget eierskap til satsningen.

Av gode grep som kan fremheves for å få til et godt samarbeid mellom fysio-/ergoterapitjenesten, hjemmetjenesten og tildelingsenheten, kan vi oppsummere:

- Å etablere velfungerende systemer for å utveksle informasjon på tvers av faggrupper
- Faste møtepunkter og samarbeidsrutiner internt i tverrfaglig team
- Inkludere bestillerkontor/tildelingsenhet i satsningen
- Informere tilstrekkelig ut til bestillerkontor, men også til utskrivende instans, samt hjemmetjenesten, om kriterier for tildeling av tjenesten og hvilke signaler en skal se etter hos aktuelle brukere, for slik å fange opp potensielle brukere

Det siste punktet på denne listen, leder videre til samarbeid ut mot øvrige tjenester:

4.3.1 Samarbeid med øvrige tjenester

I tillegg til det tette samarbeidet som er påkrevd mellom fysio-/ergoterapitjenesten, bestillerkontoret og hjemmetjenesten, samarbeides det med en rekke andre tjenester om tilbudet. I overgangen mellom sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og hjem, er et tett samarbeid med de aktuelle tjenester nødvendig for å fange opp brukere og sørge for en god overgang fra en tjeneste til en annen.

Enkelte kommuner, slik som Trondheim og Gjøvik, har et tett og godt samarbeid med rehabiliteringsinstitusjon i kommunen vedrørende korttidsopphold. Ved å kunne disponere enkelte rehabiliteringsplasser, eller ha en tett dialog med ansatte i rehabiliteringsinstitusjonen, klarer de å fange opp brukere i overgangsfasen og skreddersy et opplegg rundt den enkelte bruker.

Når en bruker skrives ut fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon, har flere kommuner også etablert rutiner på å foreta en kartleggingssamtale allerede før utskriving der det er mulig. Dette er også med på å trygge bruker i overgangsfasen, og forberede på det som venter når vedkommende kommer hjem.

Når bruker så er kommet hjem, og rehabiliteringsinnsatsen skal starte, må det tverrfaglige teamet, eller de tjenester som utfører kartlegging av brukers behov, ofte henvende seg til øvrige tjenester for å sørge for at brukeren får den bistanden vedkommende trenger. Flere kommuner kan vise til gode erfaringer med tanke på samarbeid ut mot øvrige kommunale tjenester, slik som logoped, private rehabiliteringsinstitutter, eller kommunale rehabiliteringsinstitusjoner, for å legge et godt tjenestetilbud til den enkelte bruker. Her peker flere kommuner på nytten av at det tverrfaglige teamet bruker tid på å introdusere seg selv for ulike tjenester og gjøre seg selv kjent blant ulike tjenester i kommunen. Sitatet under fra en av de ansatte i det tverrfaglige teamet, kan bidra til å illustrere dette:

“Det å møtes, gjør at terskelen blir lavere for å kontakte hverandre senere. En bygger en kultur for å kunne spørre hverandre til råds, be om vurderinger på tvers av faggrenser i kompliserte enkeltsaker, ta en telefon. Hver enkelt må ikke tro at en klarer alt alene, men tenke mer helhetlig – hvem kan jeg spille på i denne saken?”

Som det implisitt fremkommer av sitatet over, eksisterer det ulike fagtradisjoner som kan være en barriere for samarbeid og utvikling. Ved aktivt å gå inn for å bygge ned skillene mellom ulike avdelinger og faggrupper, kan ledere og ansatte enklere dra nytte av og spille på hverandres kompetanse, og slik utvikle tjenesten.

Utover samarbeidet med ulike kommunale helse- og sosialtjenester, kan det i mange tilfeller være aktuelt å bistå bruker med å finne tilbud som kan dekke et sosialt behov. Ansatte i det tverrfaglige teamet kan da trekke inn dagsenter for seniorer, trim for eldre eller frivillige organisasjoner som på ulike måter kan bidra til å dekke brukers behov.

I Bodø har de gode erfaringer med å trekke inn frivillige organisasjoner der de ser at bruker også har behov for å få dekket et sosialt behov. En besøksvenn fra Røde Kors kan for eksempel gå en spasertur sammen med bruker et par ganger i uka, og slik fylle to behov samtidig, både mosjon og sosial kontakt.

Andre eksempler kan være hvor en bruker har vært på institusjon en lang periode, og så kommer hjem igjen. Vedkommende kan da trenge motivasjon for å gjenoppta kontakten med et tidligere kjent miljø, slik som kirken, historielaget eller liknende. Videre kan teamet introdusere bruker for nye aktiviteter, slik som seniortrim eller seniorkaffe.

Av gode grep for å få til et godt samarbeid med øvrige tjenester knyttet til tilbudet om rehabilitering i hjemmet, kan vi oppsummere:

- Trekke inn ledelse for de ulike tjenestene som skal samarbeide – forankring
- Bygge felles plattform på tvers av faggrupper, gi ulike faggrupper tid og anledning til å bli kjent med hverandre og hvilken kompetanse de ulike besitter.
- Etablere faste møtepunkter og nettverk på tvers for samarbeid og relasjonsbygging
- Etablere faste samarbeidsrutiner med sykehus og kommunale rehabiliteringsinstitusjoner, samt tildelingsinstans, for å sikre gode overganger for brukere
- Oppsøke og invitere frivillige organisasjoner og øvrige aktiviteter for eldre inn i samarbeid om enkeltbrukere

4.3.2 Interkommunalt samarbeid

Bømlo er den eneste kommunen i utvalget som har erfaringer knyttet til interkommunalt samarbeid på feltet. Sammen med nabokommunene Fitjar og Stord, samt Stord sykehus HF og Høgskulen i Stord og Haugesund, er Bømlo med i et prosjekt om "heimerehabilitering". En representant fra hver kommune deltar i et tverrfaglig ambulant rehabiliteringsteam. De har faste møter en gang i uken, hvor de gjennomgår alle aktuelle pasienter og deler erfaringer fra rehabilitering i hjemmet. Kommunene har primært fokusert på slagpasienter som har høyt nok funksjonsnivå til å komme direkte hjem etter endt behandling på sykehus. Prosjektet ble startet opp i mars 2012, og kommunene har foreløpig erfaring med et begrenset antall brukere. En slik interkommunal struktur kan imidlertid være hensiktsmessig for små kommuner som har begrenset omfang på tjenestene i egen kommune, blant annet for å sikre tverrfagligheten i tilbudet.

4.4 Videreutvikling av tjenesten

Kommunene i undersøkelsen har ulike planer for videreutvikling av tilbudet om rehabilitering i hjemmet, ut i fra hvor etablert tilbudet er i kommunen. Bærum, som har hatt tilbud om hjemme-rehabilitering i sin nåværende form siden 2003, har ingen særskilte planer om videreutvikling av tjenesten, da deres tilbud er veletablert og utviklet til å gjelde brukere i hele kommunen. Bærum vurderer imidlertid å etablere tilbud om hverdagsrehabilitering etter Fredericia-modellen i tillegg til eksisterende tilbud. Dette vil i så fall være et annet tilbud enn det som gis i dag.

I de fem andre kommunene finnes ulike planer for videreutvikling av tilbudet om rehabilitering i hjemmet. Overordnet ser vi at enkelte av satsningsområdene er felles for flere kommuner. Disse utviklingsområdene omhandler:

- **Utvidelse av tilbudet, enten geografisk eller i form av økt bemanning** – Flere kommuner har til nå hatt en avgrenset satsning på rehabilitering i hjemmet, ved kun å inkludere utvalgte hjemmetjenestesoner, eller ved å satse på enkelte brukergrupper. Her planlegges det å utvide tilbudet til å gjelde alle brukere. Kommuner som har delte stillinger til ansatte i rehabiliteringsteam ser behov for heltidsstillinger.
- **Videreutvikle samarbeid med andre tjenester** – Flere kommuner skal videreutvikle samarbeidet med andre tjenester, som eksempelvis hjemmetjenesten. Andre nevner behov for tettere samarbeid med lokalt universitet og/eller høgskole.
- **Kompetanseutvikling** – Enkelte kommuner arbeider med kompetanseutviklingsplaner, mens andre har søkt om mer midler til kompetanseutvikling. I kommunene hvor hjemmetjenesten skal yte rehabiliteringstilbud, planlegges kompetanseheving blant ansatte i hjemmetjenesten i form av undervisning og opplæring.
- **Informasjon om tilbudet** – Kommunene vil opprettholde, eller sette inn en ekstra innsats, for å informere om satsningen ut til både politisk og administrativ ledelse, ansatte som blir berørte av satsningen, ulike samarbeidsparter i og utenfor kommunen, samt brukere.

Dersom vi skal trekke frem et punkt vi mener det vil være sentralt å videreutvikle i kommunene, vil vi sette fokus på **dokumentasjon av gevinster og effekter av satsningen**. Noen kommuner har satt i gang arbeid for å kunne dokumentere effekter og resultater, mens andre ikke har kommet i gang med dette. Andre igjen, har dokumentert mye ved oppstart, uten at dette er fulgt opp over tid. For å få registrert resultater og gevinster av satsningen over tid, både for brukere og for kommunens økonomi, er det viktig at kommunene utarbeider enkle systemer for å registrere innsats og effekter.

4.5 Suksesskriterier for god organisering

Ut fra erfaringene som er gjort i kommunene, vil vi fremheve tre oppsummerende punkter som er sentrale for en god organisering av tilbudet om rehabilitering i hjemmet:

- 1.) Forankring
- 2.) Tverrfaglig samarbeid
- 3.) Modeller for organisering

Forankring

Både når det gjelder organisering og samarbeid på tvers av tjenesteområder, er det en forutsetning at satsningen blir tilstrekkelig forankret på ledernivå i kommunen. Ansatte er avhengig av at ledelsen går foran og setter fokus på feltet. Ledelsen må også vise forståelse for at implementeringen vil ta tid og kreve ekstra ressurser i en periode. Videre er de ulike ansatte som skal arbeide med satsningen avhengig av å vite om hverandre og dra i samme retning. Informasjon og involvering av de ansatte er viktige nøkkelord.

Tverrfaglig samarbeid

Samarbeid på tvers av tjenesteområder er helt avgjørende for å få til en god organisering av tjenesten. Tjenesten må forankres i alle de involverte tjenesteområdene, og en må sammen skape en felles forståelse for hva tjenesten skal inneholde og hva som er målsetningene med satsningen. Videre må de ulike som skal jobbe og samarbeide om tjenesten, blir gitt muligheten, gjennom gode strukturer og samarbeidsrutiner, til faktisk å samarbeide i praksis. Det er ikke tilstrekkelig at de ulike tjenestene er samordnet og har en åpen dialog seg imellom. Ansatte fra ulike tjenesteområder må involveres, sette seg sammen og arbeide sammen helt konkret for å nå felles mål.

Modeller for organisering

De ulike kommunene har organisert arbeidet med rehabilitering i hjemmet på ulike måter, som varierer med hensyn til grad av involvering av ulike tjenester. Som det vil bli ytterligere belyst i kapittel 6, er det ikke en spesifikk organisering som utmerker seg med tanke på å oppnå gode resultater. Heller enn å se på modellene eller tilnærmingene som sådan, er det derfor viktig å se på hvordan de ulike kommunene har tilpasset modellene til sine lokale forhold. For kommunene i denne undersøkelsen, ser det ut til at tverrfaglige team som utfører rehabilitering i hjemmet, og som arbeider målrettet og dedikert med satsningen, er en arbeidsmåte/modell som fungerer godt.

5. PRAKSIS OG ARBEIDSMÅTER

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hvordan kommunene går frem i utvelgelsen av brukere som skal motta rehabilitering i hjemmet, og hvilke brukere som får dette tilbudet. Videre ser vi på hvordan kommunene konkret yter rehabiliteringstilbud i hjemmet. Mer spesifikt skal vi se på hvilket fagpersonell som utfører arbeidet, hva som er innholdet i rehabiliteringen og hvilke typer verktøy som benyttes.

5.1 Tildeling og utvalgelse av brukere

I dette avsnittet skal vi se nærmere på hva som kjennetegner personene som har mottatt rehabilitering i hjemmet i de seks kommunene som har deltatt i undersøkelsen. Hvilke kriterier har kommunene for å vurdere hvilke brukere som skal få tilbudet, for eksempel knyttet til type diagnose eller alder? Hvilke erfaringer har kommunene når det gjelder individuelle faktorer ved brukerne som har betydning for om rehabilitering i hjemmet vil lykkes? Vi ser også nærmere på hvordan kommunene kartlegger brukernes behov for rehabilitering, og hvordan de inkluderer brukerne i utformingen av eget rehabiliteringstilbud.

5.1.1 Kjennetegn ved brukere som mottar hjemmerehabilitering

Undersøkelsen har avdekket både likheter og forskjeller mellom de seks kommunene når det gjelder hvilke brukere som er i målgruppen for å motta rehabilitering i hjemmet. Samtlige av de seks kommunene som i undersøkelsen har gjort avgrensninger med hensyn til hvilke type brukere som er i målgruppen for å motta rehabilitering i hjemmet. Enkelte kommuner har imidlertid valgt en konkret avgrensning av målgruppen, mens andre har en bredere tilnærming til hvilke brukere som skal få dette tilbudet.

Diagnose/type skade

Undersøkelsen viser at slagpasienter er en sentral brukergruppe for rehabilitering i hjemmet i alle kommunene. En av årsakene til dette er at slag kan forekomme i såpass ung alder at brukerne potensielt kan bo i eget hjem i lang tid. Gjennom intervjuene fremkom det også at effekten av opptreningen av slagpasienter er bedre dersom opptreningen foregår i vante omgivelser. I Bømlo kommune har man avgrenset målgruppen til kun å være slagpasienter med lette eller moderate utfall. Målgruppen skal imidlertid utvides her fremover. I de andre fem kommunene har man ikke avgrenset målgruppen til å gjelde spesifikke diagnoser eller type skader. I disse kommunene nevnes følgende skader/helseproblemer som aktuelle for rehabilitering i hjemmet:

- Hjerneslag
- Ortopedi
- Amputasjoner
- KOLS
- Trafikkulykker
- Fedme
- Eldre med gradvis eller brå funksjonssvikt

Samtidig understrekes det i kommunene at diagnose i seg selv ikke er et avgjørende kriterium for tildeling, men snarere hvilket behov bruker har som følge av den ene eller andre diagnosen.

Alder

De ulike kommunene opererer også med ulike aldersgrenser for brukerne. Bærum har som kriterium at brukeren skal være over 18 år. Trondheim har som kriterium at brukerne skal være 65 år eller eldre. Dette får naturligvis følger for hvilke typer helseproblemer brukerne som mottar rehabilitering i hjemmet har. I Bærum, for eksempel, er også personer som har vært utsatt for trafikkulykker aktuelle mottakere av rehabilitering i hjemmet. Bodø, har på sin side ikke satt noen aldersgrense.

Tverrfaglig tjenestetilbud

Samtlige kommuner har også et bevisst forhold til at brukerne som får tilbud om rehabilitering i hjemmet skal ha behov for tverrfaglig oppfølging. Dette er således i tråd med definisjonen på rehabilitering. Kommunene Bærum og Trondheim har videre satt ned spesifikke kriterier om at

brukerne skal ha behov for særskilte tjenester innenfor rehabilitering. I Bærum, hvor rehabiliteringsteamene består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, skal brukerne fortrinnsvis ha behov for tjenester innen alle disse tre tjenesteområdene for å få tilbud om rehabilitering i hjemmet. Dersom brukeren kun har behov for en av tjenestene, utføres tjenesten av fagpersoner som arbeider i de respektive tjenestene, og ikke av rehabiliteringsteamet. De andre kommunene er også opptatt av at brukeren skal ha behov for et tverrfaglig tilbud, uten at dette er et like konkret tildelingskriterium.

Andre kriterier

I tillegg til type diagnose eller skade og alder, har kommunene også pekt på særskilte forhold ved brukeren som er avgjørende for hvorvidt de egner seg for å motta rehabilitering i hjemmet. Analysene viser at det er bred enighet mellom kommunene om disse forholdene:

- **Motivasjon** – brukeren må være motivert, eller mulig å motivere, til å gjøre en innsats selv for å bedre sitt funksjonsnivå.
- **Rehabiliteringspotensial** – brukeren må ha et funksjonsnivå som er mulig å forbedre. Enkelte brukere har fått såpass stort fall i funksjonsnivå at de har bedre nytte av pleie og omsorg enn av rehabilitering.
- **Funksjonsnivå** – Samtlige kommuner ser også ut til å ha et bevisst fokus på brukerens funksjonsnivå når de vurderer om rehabilitering i hjemmet kan være et egnet tilbud for den enkelte. Det må blant annet vurderes som forsvarlig at brukeren bor hjemme og ikke på rehabiliteringsinstitusjon eller sykehjem.

Flere kommuner har også trukket frem enkelte bestemte forhold ved pasienten som gjør at rehabilitering i hjemmet *ikke* egner seg, eller at bruken kan ha bedre nytte av andre tilbud. Dette gjelder særlig:

- **Personer med kognitiv svikt eller demens.** Dette henger blant annet sammen med at brukeren må evne å ta instruksjoner, samt å arbeide mot kortsiktige og langsiktige mål.
- **Personer med alvorlige rus- og/eller psykiske problemer.** Brukere som har slike problemer som hovedproblem er ikke i målgruppen for rehabilitering i hjemmet.

Kommunene Bærum og Trondheim har spesifikke retningslinjer på at rehabilitering i hjemmet ikke skal tilbys brukere hvor rus- og/eller psykiske problemer er en sentral del av brukerens helsetilstand.

Tidlig innsats

De fleste kommunene har gitt tilbud om rehabilitering i hjemmet først når brukerne har fått en brå reduksjon i sitt funksjonsnivå, som følge av skade eller ulykke. Det kom imidlertid frem enkelte eksempler på tiltak som kan karakteriseres som tidlig innsats, med formål å forebygge reduksjon i funksjonsnivå. Trondheim kommune har et prosjekt kalt "tidlig intervensjon". Målgruppen er personer som bor i eget hjem, er over 65 år, er motiverbare og medisinsk avklarte. De skal også ha selvstendig gangfunksjon med eller uten hjelpemiddel. Dette er et nystartet prosjekt hvor formålet er å forhindre at omfanget av hjelpetimer øker, gjennom å sette inn tiltak tidlig blant brukere som har et synkende funksjonsnivå.

Samlet sett ser det ut til at kommunene har lite fokus på tidlig intervensjon. Hovedårsakene til dette handler om ressurser og prioritering av pasienter. Likevel kan det tenkes at kommunene kunne forebygge behov for både omfattende rehabilitering og kompensierende pleietjenester for enkeltpasienter ved å sette inn tiltak i hjemmet på et tidligere tidspunkt.

I neste avsnitt ser vi nærmere på hvordan kommunene går frem i prosessen med å tildele rehabilitering i hjemmet til brukerne.

5.1.2 Hvordan kommunene går fram i tildelingsprosessen

Undersøkelsen viser at det både er likheter og forskjeller mellom de seks kommunene når det gjelder hvordan de går frem i prosessen med å tildele brukere tjenesten om rehabilitering i

hjemmet. Dette foregår på en eller flere måter innad i samme kommune. Analysene viser at brukerne primært kan få tilbud om rehabilitering i hjemmet på fire måter:

- 1.) Direkte etter utskrivning fra sykehus
- 2.) Etter opphold på rehabiliteringsinstitusjon
- 3.) Etter tap av funksjonsnivå mens brukeren får ordinære helse- og omsorgstjenester
- 4.) Nye brukere som har fått avdekket behov for rehabilitering som følge av tap i funksjonsnivå

Hvilken vei brukeren kommer inn i det kommunale tjenesteapparatet, får også følger for hvilke instanser som er involvert i prosessen med å vurdere om rehabilitering i hjemmet kan være et aktuelt tilbud. I kommunene kan ulike instanser delta i denne prosessen, avhengig av hvorvidt det dreier seg om brukere som kommer direkte fra sykehus, kommer fra opphold på rehabiliteringsinstitusjon, mottar ordinær hjemmesykepleie, eller det er snakk nye brukere som søker tjenester innen rehabilitering eller pleie og omsorg. Hvordan kommunene går frem i tildelingen av tilbud om rehabilitering i hjemmet, henger også sammen med hvordan kommunene tildeler tjenester generelt. Mange kommuner har et tildelingskontor som behandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester, mens andre kommuner har organisert det slik at de ulike tjenesteområdene tildeler tjenester selv.

Vi skal nå se nærmere på fire ulike eksempler på hvordan kommuner i utvalget i undersøkelsen går frem i tildelingsprosessen.

Bømlo kommune: Slagpasienter som skrives ut av sykehus

Bømlo kommune har kun hatt slagpasienter i målgruppen for rehabilitering i hjemmet, og har hatt fokus på pasienter med lettere hjerneslag som kan komme hjem i egen bolig direkte etter sykehusopphold. I denne kommunen foregår utvelgelsen av pasienter til hjemmerehabilitering ved sykehuset, i samarbeid det interkommunale rehabiliteringsteamet og pasienten. Vurderingen er tverrfaglig, ettersom rehabiliteringsteamet består av sykepleier, fysioterapeut og hjelpepleier. På sykehuset tas også kartleggingstester for å vurdere pasientens funksjonsnivå. Dette danner grunnlag for å vurdere hvorvidt pasientens funksjonsnivå er godt nok til at vedkommende kan bo i eget hjem.

Det at rehabiliteringsprosessen settes i gang allerede mens pasienten er under behandling i Helseforetak må anses som svært positivt. Det er de siste årene dokumentert at *”umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper, blant annet slagpasienter”*¹⁶. Også andre kommuner i undersøkelsen samarbeider tett med sykehuset rundt tilpasning av det kommunale rehabiliteringstilbudet.

I kommuner som har egen kommunal rehabiliteringsinstitusjon, viser undersøkelsen at rehabilitering i hjemmet egner seg godt for enkelte pasienter i forbindelse med overgangen fra institusjon til egen bolig.

¹⁶ St.prp. nr 1, 2007–2008

Bærum kommune: Samarbeid med kommunal rehabiliteringsinstitusjon

I Bærum kommune er det et nært samarbeid mellom ansatte ved den kommunale rehabiliteringsinstitusjonen, Lønnås, og de tverrfaglige rehabiliteringsteamene. De har et fokus på å lage fleksible overganger for brukeren mellom rehabiliteringsinstitusjon og hjem. Rehabiliteringsteamet drar på hjemmebesøk til brukeren i utskrivingsperioden, mens brukeren fortsatt bor på rehabiliteringsinstitusjonen. Hver 14. dag deltar rehabiliteringsteamet på møter med døgn- og dagrehabiliteringen ved institusjonen. På disse møtene gjennomgås alle pasienter som er innlagt på døgnrehabilitering, og som skal hjem, og det vurderes hvorvidt brukeren har behov for tjenester fra rehabiliteringsteamet. Dette gjøres for å sikre god overgang fra institusjon til hjem og slik gi brukeren et helhetlig og koordinert behandlingsforløp.

Når nye brukere søker om tjenester, er tildelingsinstansen i kommunen sentral:

Bodø kommune: Søknader til kommunens tildelingskontor

I Bodø kommune har tildelingskontoret i kommunen ansvaret for tildeling av tjenester. To ansatte ved tildelingskontoret har særlig ansvar for hverdagsrehabilitering. De deltar i faste ukentlige møter med det tverrfaglige prosjektteamet, og gjør vurdering av hvem som har potensial for rehabilitering. Fysioterapeut og ergoterapeut fra tverrfaglig team trekkes inn i vurderingen dersom det er behov for det. Tildelingskontoret har opprettet en egen tjeneste kalt "Hjemmerehabilitering" i datasystemet GERICA for å kunne registrere og skille brukere av rehabilitering i hjemmet fra øvrige tjenester. Kommunen har frem til nå i hovedsak fokusert på brukere som søker tjenester for første gang, altså nye brukere. Men også brukere som har hjemmesykepleie har blitt gitt tilbud om rehabilitering i hjemmet, som følge av at hjemmetjenesten har fanget opp et behov og meldt dette til tildelingskontoret.

Også i andre kommuner er tildelingskontoret hovedinstans for tildeling av helse- og omsorgstjenester, så også for rehabilitering i hjemmet. Et tett samarbeid mellom tildelingskontor og rehabiliteringsteam øker sannsynligheten for at tilbud om rehabilitering i hjemmet gis til de brukerne som har størst potensial for å dra nytte av tilbudet. Bærum har god erfaring med å ha en rehabiliteringskoordinator ansatt i avdeling rehabilitering ved tildelingskontoret.

I Trondheim har man også lagt vekt på å avdekke rehabiliteringspotensial blant brukere som allerede får ordinære pleie- og omsorgstjenester.

Trondheim kommune: Hjemmetjenesten har fokus på rehabiliteringspotensial

I Trondheim skal hjemmetjenesten fremover ha et mer aktivt fokus på å avdekke hvorvidt enkelte brukere som får ordinær hjemmehjelp/hjemmesykepleie kan ha behov for rehabilitering i hjemmet.

Som eksemplene over viser, foregår prosessene med tildeling av tjenester om rehabilitering i hjemmet på ulike måter i kommunene. Våre analyser viser at det er noen sentrale aspekter som skal til for at brukeren får det tilbudet som er best tilpasset vedkommendes behov. For det første er det en forutsetning at de instansene som er involvert i tjenestetilbudet til bruker har kjennskap til de aktuelle tilbudene en bruker kan få. Som eksempel er det en forutsetning at Helseforetakene har kunnskap om de ulike kommunenes tilbud innen rehabilitering. Som vi har sett i kapittel 4, er også samarbeid mellom de involverte tjenestene essensielt for at brukerne skal få de tjenestene de har behov for. For eksempel kom det frem eksempler på at en bruker har fått tilbud om rehabilitering i hjemmet, men at det i hovedsak innebar hjemmesykepleie, fordi fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten ikke fikk kjennskap til brukeren på et tidlig nok stadium. I

dette tilfellet må tilbudet sies å innebære liten grad av tverrfaglighet, og man kan dermed stille spørsmål ved hvorvidt det faktisk er et rehabiliteringstilbud.

5.1.3 Vedtak

Et vedtak er, ifølge forvaltningsloven, en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet, og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter) ¹⁷. Vedtaket skal være skriftlig, og det skal grunngis i gjeldende regelverk. Ordinære pleie- og omsorgstjenester, som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, skal det fattes vedtak om. Det er imidlertid ikke spesifisert i lovverket at det skal gis vedtak om tjenester innenfor rehabilitering.

Vår undersøkelse viser at det varierer mellom kommunene hvorvidt det gjøres vedtak på at brukeren skal motta rehabilitering i hjemmet. I kommunene Bodø, Mandal, Gjøvik og Trondheim fattes det vedtak på rehabilitering i hjemmet. I Gjøvik kommer vedtak om rehabilitering i hjemmet inn under "vedtak om helsehjelp i hjemmet", sammen med ordinære pleie- og omsorgstjenester. Her har inntaksteamet mandat til å gi anmodning om at vedtakstiden skal økes, dersom de vurderer behov for det.

Hvor spesifikke vedtakene er, synes å variere mellom kommunene. I Gjøvik er vedtakene lite spesifikke. I Bodø og Mandal er vedtakene om hjemmerehabilitering mer spesifikke, med detaljer om hva tjenesten skal inneholde.

Bodø kommune: Vedtak om hjemmerehabilitering

I vedtakene som gjøres i Bodø spesifiseres det blant annet at brukeren får et mer omfattende tilbud i starten, som vil bli gradvis mindre. Vedtak om rehabilitering i hjemmet settes for en avgrenset tidsperiode, i motsetning til eksempelvis vedtak om hjemmesykepleie, som er tidsubestemt, og vanligvis er ment å vare frem til brukeren eventuelt kommer på sykehjem. I "vedtak om hjemmerehabilitering" gis kort informasjon om hva tilbudet går ut på. Vedtaket inneholder også målsettinger som er utarbeidet på bakgrunn av kartleggingsamtaler med bruker i hjemmet, og vedtaket spesifiserer også hvilke tjenester brukeren skal ha og tidspunkt for dette.

I Bærum fattes det et enkeltvedtak på at brukeren får tjenester fra tverrfaglig rehabiliteringsteam.

Funnene kan tyde på at det vil være en fordel å gi egne vedtak på rehabilitering, heller enn at rehabiliteringen spesifiseres i vedtak om pleie og omsorg. Utfordring med at rehabilitering i hjemmet kommer inn under vedtak i pleie og omsorg, kan være at ansatte utfører ordinære pleie- og omsorgstjenester, med fokus på pleie snarere enn rehabilitering.

Flere kommuner er oppmerksomme på den nye helselovgivningen som sier at tjenester utover 14 dager skal gis som vedtak, og er klar over at de kan komme til å måtte endre sin praksis.

5.1.4 Kartlegging

Undersøkelsen viser at de fleste av kommunene benytter kartleggingsverktøy for å tilpasse tjenestetilbudet til brukerens behov. Dette gjelder særlig verktøy som kartlegger brukerens funksjonsnivå. Enkelte verktøy benyttes av flere kommuner, som eksempelvis ICF og COPM. Det kom også frem eksempler på verktøy som benyttes kun av én kommune, som FIM og Bartell Index. Motiverende intervju (MI) ble også av enkelte trukket frem som arbeidsverktøy. Den kommunen som ikke har tatt i bruk noen konkrete arbeidsverktøy enda er i en tidlig fase i sitt arbeid med rehabilitering i hjemmet, noe som sannsynligvis er hovedårsaken til at ingen verktøy benyttes. Flere informanter trakk frem at kartleggingsverktøyene er avgjørende for å kunne yte et tilbud som er tilpasset brukernes behov.

¹⁷ Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven) § 2.a)

I vedlegg 1 finnes en tabell med oversikt over de ulike verktøy som benyttes i kommunene, med en kortfattet beskrivelse av verktøyene.

5.1.5 Brukermedvirkning

I samtlige av de seks kommunene som har deltatt i undersøkelsen er det et sterkt fokus på at brukeren skal involveres i utformingen av eget tjenestetilbud. I samtlige kommuner har også bruker vært med på å sette individuelle mål for rehabiliteringen, både på kortere og lengre sikt. Et eksempel på hvordan en kan arbeide sammen med bruker for å sette kortsiktige og langsiktige mål, kan hentes fra Gjøvik kommune:

I Gjøvik møtes innsatsteam for hjemmerehabilitering sammen med brukeren til en mål-samtale. Etter behov, blir også eventuelle andre tjenesteytere med i møtet, som eksempelvis hjemmetjeneste, støttekontakt eller kommunal fysio-/ergoterapitjeneste. På dette møtet tas det utgangspunkt i brukerens målsettinger med rehabiliteringsprosessen, og det utformes en tiltaksplan. Ansatte har erfaring med at dette arbeidet ansvarliggjør både bruker og tjenesteytere.

Det kom også frem eksempler på at brukermedvirkning er viktig for å finne ut om brukeren er i målgruppen for tilbudet om rehabilitering i hjemmet. En informant fra Bærum beskriver det på følgende måte:

"På det første møtet prater vi med pasienten. Vi presenterer vårt tilbud og hører hva bruker selv ønsker. De som er for friske til å motta vårt tilbud, ønsker det ikke heller, fordi det innebærer mye trening og vi kommer til morgenstell, for eksempel. Og hvis noen er usikre, kan vi prøve en måned og vurdere om de ønsker det. Det er veldig få av de som ikke er innen målgruppen som ønsker å ha oss der. Det blir mange besøk. Ofte vil de helst bare til fysioterapeut på institutt, i så fall. Brukerne har ofte en formening om hva de trenger å trene på selv, og hvilket tilbud de vil ha."

5.1.6 Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan¹⁸. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det kommunale tjenesteapparatet har hovedansvaret for å informere brukerne om retten til individuell plan, samt å utarbeide planen. Kommunen skal også tilby brukeren en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Denne undersøkelsen tyder på at det er relativt få brukere som får rehabilitering i hjemmet som har individuell plan og koordinator. Det var kun én av brukerne i utvalget som har individuell plan, med en av de ansatte i rehabiliteringsteamet som koordinator. Kommunene oppga at brukere som får rehabilitering i hjemmet sjelden har individuell plan og koordinator.

I en kommune hvor tverrfaglige rehabiliteringsteam utfører rehabiliteringen i hjemmet, har enkelte brukere individuell plan og andre ikke. Det at enkelte brukere ikke har individuell plan, begrunnes med at brukerne allerede opplever at de har koordinerte og samordnede tjenester, fordi det kun er rehabiliteringsteamet som yter tjenester til brukeren. Denne kommunen utarbeider egne planer med kortsiktige og langsiktige mål, samt ukeplaner med oversikt over hvilke tjenesteytere som kommer til en hver tid. Kommunen har imidlertid rutine på at brukere som også har behov for andre tjenester utover det som tilbys gjennom det tverrfaglige teamet, får utarbeidet

¹⁸ Helsedirektoratet, <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>

en individuell plan. Dette kan for eksempel gjelde tjenester fra NAV, i forbindelse med at de skal tilbake i arbeid.

I enkelte kommuner ser det ut til at arbeidet med individuell plan generelt ikke er godt innarbeidet, og at det er hovedårsaken til at brukerne ikke har fått tilbud om dette. Implementeringen av arbeidet med individuell plan har viset seg å være utfordrende i andre undersøkelser Rambøll har gjennomført, for eksempel innen rus og psykisk helse. To av kommunene understreker at de fremover skal ha fokus på arbeidet med individuell plan, også for brukere som får rehabilitering i hjemmet.

I andre kommuner ser arbeidet med individuell plan generelt ut til å være etablert. Her er hovedårsaken til at det ikke utarbeides individuell plan til brukere av rehabilitering i hjemmet, at tjenestene som inngår i rehabilitering i hjemmet fungerer såpass godt at det ikke er nødvendig med en individuell plan. Videre er rehabiliteringen i hjemmet kortvarig. Flere argumenterer derfor for at det ikke er nødvendig med en individuell plan før en vet om bruker vil ha behov for sammenfatte, tverrfaglige tjenester også etter at den tidsavgrensede rehabiliteringsprosessen i hjemmet er avsluttet. Samtidig utvikles det i praksis skriftlige planer for brukerne, med oversikt over kort- og langsiktige mål, hvilke tjenester som inngår, samt kontaktpersoner. På mange måter erstatter disse planene individuell plan. Rambøll vurderer likevel at individuell plan kan være nyttig for brukere som mottar rehabilitering i hjemmet, særlig i tilfeller der bruker også mottar andre tjenester, som hjemmesykepleie.

5.1.7 Erfaringsutveksling på tvers av kommuner

Gjennom intervjuene kom det også frem eksempler på at det arrangeres seminarer og konferanser om temaet rehabilitering i hjemmet. I Bodø skal det arrangeres en fagdag i november 2012, i regi av Fysioterapiforbundet. Dette skal omhandle fysioterapeutens rolle i hverdagsrehabilitering, hvor fysioterapeut fra Bodø blant annet skal presentere denne kommunens erfaringer.

Bærum kommune arrangerte i 2009 en konferanse med tema "Hvordan lykkes med tverrfaglige team?". På denne konferansen deltok personer fra syv ulike kommuner, hvor det blant annet var diskusjoner og erfaringsutveksling¹⁹. Videre har det, som nevnt i kapittel 4.1., vært ulike former for kontakt mellom kommunene i oppstartsfasen. Bodø kommune har eksempelvis hatt god kontakt med andre kommuner i oppstartsfasen, blant annet for å utvikle felles retningslinjer for tjenesten. I Gjøvik har ansatte vært på hospitering i Trondheim i forbindelse med utviklingen av sitt tilbud om rehabilitering i hjemmet.

5.2 Utførelse av tjenesten

I de neste avsnittene ser vi nærmere på hvilke tjenesteområder som deltar i den praktiske utførelsen av oppgavene som inngår i tilbudet om rehabilitering i hjemmet i de ulike kommunene. Hvilke tjenester er involvert i den praktiske utførelsen av oppgavene? Hvilke konkrete oppgaver består tilbudet om rehabilitering i hjemmet av? Hvordan har kommunene arbeidet med opplæring av ansatte? Videre ser vi på hvilke utfordringer kommunene har møtt knyttet til utførelse av tjenestene.

5.2.1 Hvilke tjenester som utfører rehabilitering i hjemmet

Hvilke tjenester som utfører rehabilitering i hjemmet henger sammen med kommunenes organisering av tilbudet. Som presentert tidligere, har enkelte kommuner valgt en modell med egne rehabiliteringsteam, mens andre har integrert rehabilitering i hjemmet i den ordinære hjemmetjenesten.

Vi skal nå se nærmere på tre svært ulike modeller for hvordan rehabilitering i hjemmet utføres i praksis, med utgangspunkt i kommunene Bærum, Bodø og Bømlo:

- 1.) Rehabiliteringstilbudet gis av ansatte i tverrfaglig rehabiliteringsteam
- 2.) Rehabiliteringstilbudet gis av hjemmetrenere under veiledning av fagpersoner i tverrfaglig team

¹⁹ <https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Kommunehelse/Rehabilitering-Vest/Aktuelt/Erfaringskonferanse-for-rehabiliteringsteam/>

3.) Rehabiliteringstilbudet gis av ansatte i hjemmetjenesten og eventuelt fysio-/ergoterapeut

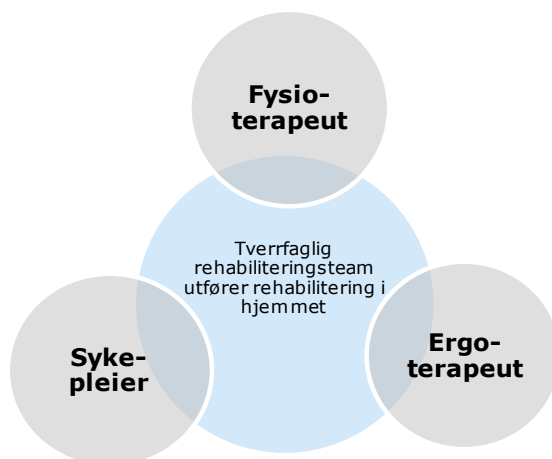
Disse tre modellene er ulike med hensyn til grad av deltakelse fra de ulike tjenestene hjemmesykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Det ser ut til å være både fordeler og ulemper med de nevnte måtene å organisere selve utførelsen av rehabilitering i hjemmet på. Vi vil nå se nærmere på de tre ulike tilnærmingene:

Tverrfaglig rehabiliteringsteam

Bærum kommune: Tverrfaglig rehabiliteringsteam

De tre rehabiliteringsteamene representerer tre faggrupper; fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Det er ansatte i rehabiliteringsteamene som gir rehabiliteringstilbudet hjemme hos brukeren. Ofte er to fagpersoner fra teamet hjemme hos brukeren samtidig. Det er et stort fokus på at alle tre yrkesgruppene skal kunne utføre de samme oppgavene, for eksempel at sykepleier skal kunne hjelpe brukeren å trene på øvelser som fysioterapeuten har laget.

Figur 5-1: Tverrfaglig rehabiliteringsteam



En slik modell ser ut til å ha følgende fordeler og utfordringer:

Fordeler

- Utnytte tverrfaglig kompetanse
- Dedikert team med sterkt fokus på rehabilitering – at brukeren trenes til å utføre oppgaver selv
- Har mulighet til å bruke lengre tid hos brukeren enn ordinær hjemmetjeneste
- Brukeren får få personer å forholde seg til, ettersom det er de samme personene som besøker brukeren fra gang til gang

Utfordringer

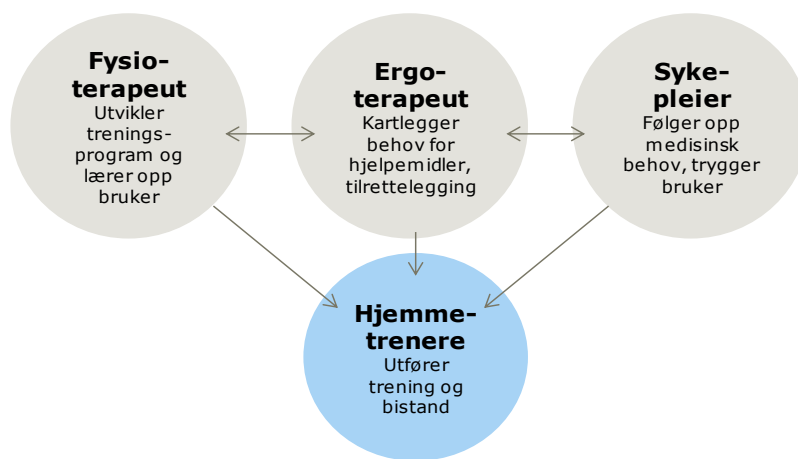
- Kontinuitet etter at rehabiliteringsteamet avslutter oppfølgingen – rehabiliteringsteamet trekker seg ut etter at brukeren har nådd, eller er på god vei mot å nå, sine mål. Enkelte ganger skal hjemmesykepleien fortsette arbeidet, med fokus på rehabilitering. Dette kan være utfordrende, fordi personellet i denne tjenesten har hovedfokus på pleie. Dette medfører at det er personavhengig hvorvidt de fortsetter med rehabiliteringsoppgavene.

Hjemmetrenere med veiledning fra fysioterapeut, ergoterapeut og/eller sykepleier

Bodø kommune: Hjemmetrenere med veiledning fra tverrfaglig team

I Bodø har man opprettet et tverrfaglig rehabiliteringsteam, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt tre hjemmetrenere. I starten av rehabiliteringen besøker fysioterapeut og/eller ergoterapeut og hjemmetrenere brukeren sammen. Hjemmetrenere får opplæring/veiledning av fysioterapeut, ergoterapeut og/eller sykepleier i hvordan de skal utføre trening og bistand. Deretter utfører hjemmetrener arbeidsoppgavene som inngår i rehabilitering i hjemmet på egenhånd.

Figur 5-2: Hjemmetrenere med veiledning fra fagpersoner i tverrfaglig team



En slik modell ser ut til å ha følgende fordeler og utfordringer:

Fordeler:

- Tverrfaglig tilbud - Utnytte kompetansen til fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleier gjennom veiledning av hjemmetrenere
- Hjemmetrenere inkluderes i rehabiliteringsteamet – de som utfører arbeidsoppgavene får muligheten til å påvirke hvilke tiltak som settes inn.
- Tett oppfølging/veiledning av hjemmetrenerne hindrer at de faller tilbake til den vante pleie- og omsorgsrollen
- Samlokalisering av hele rehabiliteringsteamet, både hjemmetrenere og fagpersoner, letter daglig kommunikasjon og muliggjør tett tverrfaglig oppfølging av brukere
- Det arbeides for å få til gode overganger når teamet trekker seg ut, legge en plan, et løp for hva som skal skje

Utfordringer:

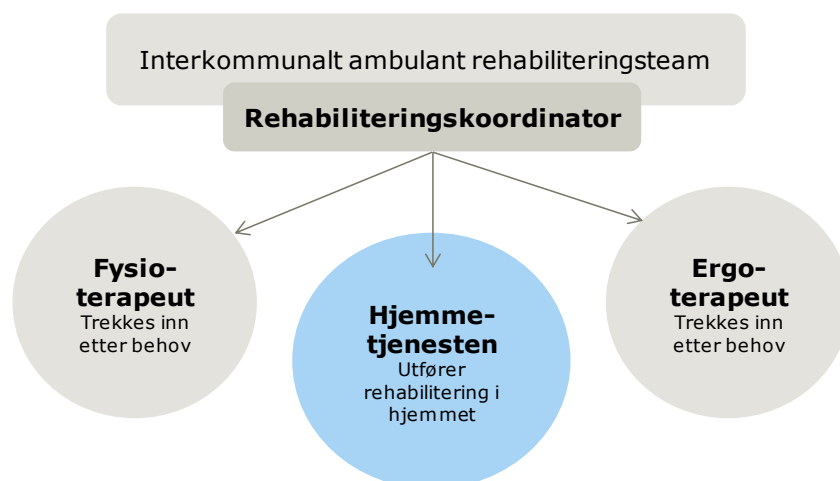
- Arbeidstid – hjemmetrenere er deltidsansatte i teamet, og arbeider også i ordinær hjemmetjeneste, hvor det er turnus. Dette gjør at de sjelden er på jobb samtidig, og at det kan være utfordrende å få turnus og arbeidstider til å gå opp.
- Felles møte – ettersom ansatte er mye ute hos brukerne, er det utfordrende å finne tidspunkter for å gjennomføre tverrfaglig møte

Hjemmetjenesten

Bømlo kommune: Hjemmetjenesten og eventuelt fysio- og/eller ergoterapeut

Bømlo kommune er representert ved en person i det interkommunale ambulante rehabiliteringsteamet. Hun er ansatt 50 % i prosjektet og de resterende 50 % som hjemmehjelp i en av kommunens omsorgsdistrikt. Rehabiliteringsteamet (ved hjelpepleier i Bømlo) møter pasienten på sykehuset for et førstegangsmøte, og drar deretter på hjemmebesøk etter at brukeren er kommet hjem. Det er ansatte i hjemmetjenesten som yter rehabiliteringstilbudet i hjemmet. Fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten er også inne i tjenestetilbudet. De ulike tjenesteyterne er der ikke samtidig, men hver for seg. Representant for rehabiliteringsteamet følger opp brukerens funksjonsnivå etter 6 – 8 uker og vurderer om ønsket resultat er oppnådd, om målene skal endres eller om man skal avslutte.

Figur 5-3: Hjemmetjenesten med eventuell bistand fra fysioterapeut og/eller ergoterapeut



Bømlo er den eneste kommunen i utvalget som er med i et interkommunalt prosjekt om rehabilitering i hjemmet. I praksis er det ansatte i hjemmetjenesten som skal utføre oppgaver knyttet til rehabilitering i hjemmet for brukere i sitt omsorgsdistrikt. I Mandal og Gjøvik har man også modeller hvor ansatte i hjemmetjenesten skal utføre oppgaver innen rehabilitering i hjemmet.

En slik modell ser ut til å ha følgende fordeler og utfordringer.

Fordeler:

- Hjemmetjenesten blir bevisst arbeidsmåtene og gevinstene knyttet til rehabilitering i hjemmet, og kan øves opp i å fange opp nye brukere

Utfordringer

- Å sikre fokus på rehabilitering – når tilbudet om rehabilitering i hjemmet ytes av hjemmetjenesten, er det en fare for at ansatte "henger igjen" i vante atferdsmønstre knyttet til pleie og omsorg, istedenfor å la brukeren trene på å klare ulike oppgaver selv.
- Modellen utnytter i mindre grad tverrfaglig kompetanse
- Ressursmangel i fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten – verken fysio- eller ergoterapitjenesten har tilstrekkelig ressurser til å yte rehabilitering i hjemmet eller til å lære opp ansatte i hjemmetjenesten til å utføre rehabilitering. Dette medfører at brukerne får lite av disse tilbudene i forbindelse med rehabilitering i hjemmet.

I det videre skal vi se nærmere på hva tilbudet om rehabilitering i hjemmet består av i praksis i de ulike kommunene.

5.2.2 Hva tjenesten består av i praksis

I de fleste kommuner består tilbudet om rehabilitering i hjemmet av en kombinasjon av tjenester innenfor områdene hjemmesykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Gjennom intervjuene fremkommer det at samtlige kommuner har et fokus på å komme i gang med rehabiliteringen tidlig i forbindelse med utskrivning fra sykehus, ettersom rehabiliteringspotensialet er størst da. Ansatte understreker at slike overgangsfaser er kritiske, da det tar kort tid før en bruker vil trenge institusjonsplass dersom vedkommende ikke får tett og rask oppfølging ved hjemkomsten. Erfaringsvis trenger mange brukere motivasjon og hjelp i denne fasen.

Gjennom intervju med ansatte på tvers av kommuner har det kommet frem at rehabiliteringen i hjemmet kan omfatte trening på følgende gjøremål:

Tabell 5-1: Eksempler på oppgaver innen rehabilitering i hjemmet

	Konkret eksempel
Forflytning	Å komme seg ut av sengen, å bevege seg i hjemmet, for eksempel fra sengen til badet, å ta bussen til nærsenteret, å hente posten
Fysisk trening	Å trene på balanse, gå tur, gangtrening i trapper
Personlig hygiene	Å vaske og kle seg uten fare for å falle, toalettbesøk
Matlaging og måltider	Å lage mat, å spise, å håndtere utstyr som kokeplater, mikrobølgeovn og oppvaskmaskin
Husarbeid	Å håndtere vaskemaskin og tørketrommel, å tørke støv, å vanne blomster. Å gå ut med søpla.
Planlegging	Å planlegge innkjøp, å komme i gang med å bruke avtalebok og planlegge når de må bestille drosje for å møte opp til en time til et bestemt klokkeslett.
Innkjøp	Å håndtere penger og bankkort
Kommunikasjon	Å bruke telefon og mobiltelefon

Analysene viser at det stort sett omhandler de samme typer oppgaver i de ulike kommunene. Hva brukeren får bistand til, avhenger imidlertid av den enkeltes funksjonsnivå, behov og ønsker.

En av ergoterapeutene som ble intervjuet fortalte om hennes rolle i rehabilitering i hjemmet.

Ergoterapeut: Hva rehabilitering i hjemmet består av i praksis

Ergoterapeuten har fokus på tilrettelegging i hjemmet, vurdere brukerens behov for hjelpemidler, se løsninger på praktiske oppgaver – hvordan det kan tilrettelegges best mulig ut ifra hvordan boligen er og brukerens funksjonsnivå. Ergoterapeutene arbeider ut ifra brukernes målsetninger vedrørende konkrete daglige gjøremål de ønsker å mestre, som å lage mat, kle på seg og gå på toalettet. Sammen med brukeren finner de løsninger på hvordan en skal få det til. Det kan dreie seg om å trene på ferdigheter, som eksempelvis balanse. Det kan også dreie seg om tilrettelegging i forbindelse med kognitive utfordringer. Ergoterapeutene driver også rådgivning til ansatte i hjemmesykepleien. Dette omhandler hvor mye hjelp de skal gi brukeren og hvor mye de skal se på at brukeren gjør selv.

Tidsramme

Det ser også ut til å variere mellom kommunene hvor lenge brukerne får tilbud om rehabilitering i hjemmet. Det er imidlertid et fokus i alle kommuner på at brukerne skal få intensiv oppfølging i starten, som gradvis avtar. I Bømlo kommune har man satt en tidsramme på at ambulant rehabiliteringsteam kan være involvert i en bruker i opptil 6 mnd. I Gjøvik har man i utgangspunktet en tidsramme på 4 uker. Det tas imidlertid hensyn til individuelle behov, og en kan bistå en bruker i 2 til 3 måneder dersom enkelte har behov for det. I Bodø får brukeren oppfølging i en periode på 3 til 4 uker. Deretter trappes tilbudet gradvis ned. Underveis gjennomføres det evalueringer og eventuelle endringer i tilbudet i tråd med brukers utvikling.

Andre tjenester

Mange kommuner tilbyr også brukere andre typer tjenester i tillegg til rehabilitering i hjemmet:

- **Hjemmesykepleie/hjemmehjelp** – mange brukere mottar ordinær hjemmesykepleie/hjemmehjelp.
- **Rehabilitering på institusjon** – Enkelte pasienter mottar dagrehabiliteringstilbud i institusjon i tillegg til hjemmerehabilitering. Dette forekommer gjerne i overgangsfaser der bruker tidligere har hatt døgnplass på institusjon.
- **Fysioterapitjenesten i kommunen** – I noen tilfeller kan fysioterapi av mer spesifikk karakter på institutt eller rehabiliteringsinstitusjon være et nødvendig supplement til tilbudet som ytes i hjemmet. Enkelte kommuner har også hatt utfordringer knyttet til å etablere et tilstrekkelig tilbud om fysioterapi i tilbudet om rehabilitering i hjemmet, og benytter derfor ekstra fysioterapi fra kommunal eller privat fysioterapitjeneste.
- **Logoped** – En slagpasient som deltok i undersøkelsen mottar også tjenester fra logoped. Det er imidlertid tett samarbeid mellom rehabiliteringsteam og logoped, slik at ansatte i rehabiliteringsteamet kan vikariere for logopeden, for eksempel i forbindelse med ferieavvikling.
- **Frivillige organisasjoner** – Enkelte kommuner har også etablert samarbeid med ulike frivillige organisasjoner. Brukere får da hjelp til å komme i kontakt med aktuelle tjenester, tilbud eller sosiale aktiviteter. Eksempelvis har en av brukerne i utvalget har en besøksvenn fra Røde Kors som går tur sammen med henne.

5.2.3 Opplæring av ansatte

Det er stor variasjon mellom de seks kommunene når det gjelder hvilken type kursing og/eller opplæring ansatte som utfører rehabilitering i hjemmet har fått. Som vi også har vært inne på i kapittel 4.4., nevner flere kommuner kompetanseheving og opplæring som sentrale områder som skal videreutvikles.

Behovet for kurs og opplæring varierer ut i fra hvor lenge kommunen har arbeidet med rehabilitering i hjemmet. Behovet for opplæring må også sees i sammenheng med hvordan kommunen har organisert tilbudet om rehabilitering i hjemmet, samt hvilken kompetanse de som utfører tjenesten har. Bærum kommune har hatt tilbud om rehabilitering i hjemmet lenge. Her synes det også å være gode strukturer for opplæring og kursing av ansatte.

Bærum kommune, som startet med rehabilitering i hjemmet i år 2000, har tverrfaglige rehabiliteringsteam. Ansatte i rehabiliteringsteamene har fått tilbud om å søke om å delta på flere typer kurs og seminarer, som kan omhandle spesifikke diagnoser, ernæring, ulike former for trening, kognitiv svikt eller annet. Enkelte ansatte har også gjennomført videreutdanning innen rehabilitering.

Kommunen har også hatt fokus på grundig opplæring av nyansatte i rehabiliteringsteamene. En av våre informanter forteller om sin opplæring da hun ble ansatt i ett av rehabiliteringsteamene:

"Jeg fikk veldig god opplæring da jeg startet (...). Jeg gikk [5] uker i opplæring med de ansatte i teamet. Det handlet om alt fra registrering i dataprogram, og jeg var med på alle hjemmebesøkene. Jeg var med [samme yrkesgruppe] i et annet rehabiliteringsteam i kommunen på en del besøk også. Ellers har vi fått jevnlig kurs i litt av hvert, for eksempel kurs om rehabilitering etter hjerneslag. Vi kan søke oss på forskjellige kurs som er relevante. Vi blir stadig informert om ulike typer kurs."

De øvrige kommunene har i mindre grad satset på opplæring og kompetanseutvikling blant ansatte. Dette kan som nevnt ha sammenheng med at tilbudet er mindre innarbeidet i kommunen. I Bodø har hjemmetrenere deltatt på fagkonferansen "Lengst mulig i eget liv – i eget hjem" ved Universitetet i Nordland, som blant annet omhandlet Fredericia-modellen. Utover dette har det

ikke vært noen kursing eller opplæring av ansatte i Bodø. I Trondheim har det også vært begrenset med opplæring av ansatte. Ansatte i hjemmetjenesten har hatt en fagdag med fokus på observasjon av tegn på tidlig funksjonssvikt.

I Bømlo, Gjøvik og Mandal har det ikke vært noen spesifikk opplæring av ansatte som arbeider med hjemmerehabilitering. I disse kommunene er tilbudet relativt nytt. Samtidig har disse kommunene valgt modeller hvor ansatte i hjemmetjenesten skal ha en sentral rolle i utførelsen av rehabiliteringsoppgaver. For å sikre kvalitet i tjenesten vil opplæring og veiledning av de ansatte være essensielt.

5.2.4 Utfordringer knyttet til utførelse av tjenesten

Kommunene i undersøkelsen har møtt ulike utfordringer knyttet til selve utførelsen av tjenesten, som henger sammen med de ulike tilnærmingene kommunene har gjort med tanke på organisering og samarbeidsformer. I dette avsnittet presenteres noen av de mest sentrale utfordringene som kommunene har trukket frem.

- **Overføring av tilbudet fra rehabiliteringsteam til hjemmetjenesten** – tilbudet om rehabilitering i hjemmet er i de fleste kommuner tidsbegrenset. Flere kommuner har lagt opp til en modell hvor ansatte i hjemmesykepleien skal videreføre arbeidsmåten etter at rehabiliteringsteam har trukket seg ut. Dette har i enkelte tilfeller vist seg å være krevende, da ansatte i pleie- og omsorgstjenestene tradisjonelt har et fokus på pleie og det å yte hjelp, og ikke på at brukeren skal utføre oppgavene selv. Tidspress spiller også inn, da det ofte er raskere om ansatte utfører en oppgave, enn om bruker selv skal utføre den.
- **Overføring av kunnskap fra fysio-/og ergoterapitjenestene til hjemmetjenesten** – i de kommunene hvor hjemmetrenere eller ansatte i hjemmetjenesten skal yte rehabiliteringstilbud som er utformet eller gitt av en fysioterapeut og/eller ergoterapeut, som eksempelvis ulike former for fysisk trening, kan det være krevende å sikre at de ansatte i disse tjenestene har god nok kunnskap og kompetanse.
- **Tid/koordinering av teamet** – to eller flere av de ansatte i tverrfaglige team besøker ofte brukeren sammen. En kommune trakk frem at dette kan være utfordrende å få til når det skal foregå på kort varsel. Kommunen har forsøkt å løse dette ved å sette opp gode planer og strukturer.

5.3 Suksesskriterier for god praksis

Ut i fra erfaringene som er gjort i kommunene, vil vi fremheve tre oppsummerende punkter som er sentrale for gode arbeidsmåter og praksis:

- 1.) Tildelingsprosess
- 2.) Kartlegging av rehabiliteringsbehov
- 3.) Kompetanse blant personell

Tildelingsprosess

Proessen med tildeling av kommunale tjenester har stor betydning for hvorvidt brukeren opplever å motta et helhetlig rehabiliteringstilbud. Flere kommuner oppgir at de har fokus på dette, og har eksempelvis praksis med at representanter fra tildelingskontor, eller andre som er involvert i tildelingsprosessen, besøker brukeren under opphold på sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Formålet med slike besøk er at brukeren skal være forberedt på å komme hjem, og føle seg trygg på at rehabiliteringen vil fortsette etter endt institusjonsopphold.

Kartlegging av tjenestebehov

For å kunne tilby et rehabiliteringstilbud som er i tråd med brukerens funksjonsnivå og behov, er det essensielt at det gjennomføres systematiske kartlegginger. Gjennom kartlegginger kan man få et riktigere bilde av brukerens funksjonsnivå, kognitive evner, samt vedkommendes egne forventninger, ønsker og mål for innsatsen, og således ha et bedre grunnlag for å sette inn konkrete tjenester. Dette danner grunnlaget for brukerens tilfredshet med tilbudet, og påvirker sannsynligvis også motivasjon og resultatet av rehabiliteringen.

Kompetanse

For å sikre at rehabiliteringen er av god kvalitet er det av stor betydning at ansatte som utfører de konkrete rehabiliteringsoppgavene har tilstrekkelig fagkompetanse. For det første gjelder det å sette sammen de ulike tjenestene på en måte som gir synergi av den tverrfaglige kompetansen de ulike tjenestene besitter. I kommuner som velger en organisering hvor hjemmetrenere eller personell i hjemmetjenesten utfører rehabilitering, er det også viktig å legge til rette for at personell som utfører konkrete oppgaver får tilstrekkelig opplæring i dette.

6. ERFARINGER OG RESULTATER

I dette kapittelet presenteres erfaringer med rehabilitering i hjemmet, både fra brukere som har mottatt dette tilbudet, og ansatte som utfører tilbudet. Hva synes brukere om å få rehabilitering i eget hjem? Er de tilfredse med tilbudet de har fått? Hva trekker de frem som særlig positivt? Hvilke effekter har rehabilitering i hjemmet hatt for brukerne? Vi ser også nærmere på ansattes erfaringer med å yte rehabiliteringstilbud i hjemmet. Hva synes ansatte om å yte rehabilitering i hjemmet? Hvilke resultater ser de av dette arbeidet sammen med andre tjenester? Til sist i kapittelet skal vi se på hvorvidt det er økonomisk besparende for kommunene å drive rehabilitering i hjemmet.

6.1 Erfaringer fra brukere

I undersøkelsen er det gjennomført telefonintervjuer med to personer per kommune, med unntak av Bømlo, hvor vi kun har intervjuet én bruker. I Gjøvik kommune lyktes vi ikke å intervjuere brukere. Ingen av kommunene i utvalget har gjennomført brukerundersøkelser om tilbudet om rehabilitering i hjemmet. En kommune har gjennomført en brukerundersøkelse i rehabiliteringstjenesten som helhet, uten å ha skilt ut brukere som har mottatt rehabilitering i hjemmet spesielt.

Undersøkelsen viser at brukerne som har mottatt rehabilitering i hjemmet alt i alt er fornøyd med tilbudet. I samtlige kommuner var én eller begge av brukerne som ble intervjuet svært fornøyd med tilbudet de har mottatt. Det var imidlertid også enkelte brukere som trakk frem punkter ved rehabilitering i hjemmet som de ikke var tilfredse med. I det følgende ser vi nærmere på dette, ved å ta utgangspunkt i enkeltbrukeres erfaringer.

6.1.1 Brukernes tilfredshet med rehabilitering i hjemmet

De fleste brukerne opplever å ha fått god informasjon om tilbudet om rehabilitering i hjemmet før det startet opp. Dette henger sannsynligvis sammen med at kommunene har fokus på at tilbudet kun skal gis til brukere som de vurderer at kan ha nytte av tilbudet, samt på sterk involvering av brukeren i forbindelse med å tilpasse tilbudet til brukerens behov. I en av kommunene meddelte imidlertid en bruker å ikke ha fått så mye informasjon på forhånd. Brukeren viste til at tilbudet var relativt nytt, og at hun var en av de første brukerne, og viste således forståelse for dette.

Vi skal videre se nærmere på et eksempel på en brukerhistorie fra en bruker som har fått hjelp av kommunens rehabiliteringsteam etter å ha fått slag. Deretter skal vi se på hvilke forhold ved tilbudet som bidro til at han er tilfreds med tilbudet.

Brukerhistorie: Hva rehabilitering i hjemmet består av i praksis

Mannen fikk hjerneslag våren 2010. Etter sykehusopphold fikk han tilbud på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon. I en overgangsfase før han skulle skrives ut hadde han kortere opphold i hjemmet. I denne perioden fikk han hjemmebesøk av tre personer i rehabiliteringsteamet i kommunen, som kartla mannens behov for tjenester og hjelpemidler i hjemmet. Da han ble skrevet ut av rehabiliteringsinstitusjon høsten 2010, hadde han besøk av to personer fra rehabiliteringsteamet 1 time per dag, for å trene på dagligdagse gjøremål som han hadde mistet evnen til å utføre. Det dreide seg blant annet om å trene på å dusje, kle av og på seg, smøre mat og spise. Etter hvert ble det kun behov for en ansatt om gangen. Brukeren har hatt mest bistand fra fysioterapeut og ergoterapeut, men fra starten var også sykepleier med. I september 2012 har brukeren fremdeles bistand fra rehabiliteringsteamet, men de skal snart trekke seg ut.

Det denne brukeren trakk frem som særlig betydningsfullt for deres tilfredshet var følgende:

- Brukeren og pårørende opplever at deres behov har dannet utgangspunkt for målsetninger, og at de har blitt tatt på alvor og involvert i utformingen av tilbudet.
- Rehabiliteringsteamet utnytter sin tverrfaglige kompetanse, for eksempel gjennom å trene hverandre opp til å utføre oppgaver på tvers av yrker. Dette bidrar til fleksibilitet i forbindelse med ferier og fravær.

- De ansatte har en holdning om å trene på å øke funksjonsnivå før man søker hjelpemidler. Dette bidrar til mestringsfølelse hos brukeren.
- De ansatte stiller krav til at brukeren skal gjøre en innsats selv, og motiverer ham til å arbeide mot kortsiktige mål.
- Ansatte i rehabiliteringsteamet har fungert som koordinatorene i tjenesteapparatet for øvrig, inkludert i forhold til NAV.
- Brukeren og pårørende har opplevd lav terskel for å ringe ved spørsmål eller bekymringer.

Gjennom intervjuene i de ulike kommunene kom det frem flere eksempler på fordeler med å motta rehabilitering i hjemmet, sammenlignet med å motta rehabilitering på rehabiliteringsinstitusjon eller andre steder utenfor hjemmet.

- **Positivt at rehabiliteringen foregår i hjemmet** – sammenlignet med rehabilitering på institusjon eller fysioterapi hos kommunal eller privatpraktiserende fysioterapeut, opplever mange brukere det som en fordel av opptreningen foregår i eget hjem. Dette gjør at treningen kan tilpasses de omgivelsene som brukeren vanligvis ferdes i, som å lære seg å gå i egen trapp. Effekten av opptreningen blir dermed direkte overførbar til brukerens daglige omgivelser.
- **Bedret funksjonsnivå** – en del av brukerne som ble intervjuet har hatt hjemmesykepleie før de fikk tilbud om rehabilitering i hjemmet. Sammenlignet med dette pleie- og omsorgstilbudet har brukerne nå fått et reelt rehabiliteringstilbud som har bidratt til at brukerne forbedrer sitt funksjonsnivå og utvikler ferdigheter som gjør dem i stand til å fungere i eget hjem.

En eldre dame fikk operert inn hofteprotese. Før dette hadde hun hjemmesykepleie. Siden våren 2012, etter operasjonen, fikk hun tilbud om bistand fra kommunens tverrfaglige team. De hjelper henne med fysisk trening, som fokuserer på trøkk på føttene, armstrekking, fotstrekking, samt stavgang. Nå har hun ikke lenger behov for hjemmesykepleie.

Brukeren selv omtaler det på følgende måte:

"Jeg har kommet til mitt gamle gjenge igjen, dusjer selv og vasker klær, stiller med mat selv... trener og går i trapper og alt dette. Da jeg hadde hjemmetjeneste var det hver mandag og torsdag. Nå legger jeg ut medisin selv og alt sånt. (...) Vi er ute og går tur. Før gikk jeg med rullator. Nå går jeg med staver."

Som dette sitatet eksemplifiserer, kan rehabilitering i hjemmet bidra til å øke brukerens funksjonsnivå. Dette vil imidlertid være et sannsynlig resultat av all type rehabilitering, uavhengig av hvorvidt det utføres i hjemmet eller for eksempel på rehabiliteringsinstitusjon eller i fysikalske institutt. Men ved å motta rehabiliteringen i eget hjem har denne brukeren trent seg opp til å utføre en rekke konkrete daglige gjøremål selv. Alternativet ville kanskje vært å få bistand fra hjemmetjenesten til å utføre oppgavene, eller å være avhengig av hjelpemidler.

Enkelte som ble intervjuet i denne undersøkelsen påpekte noen negative sider ved å motta rehabilitering i hjemmet istedenfor rehabilitering på institusjon. Det ble blant annet trukket frem at:

- **Utrygt å bo hjemme** – brukere og pårørende kan oppleve det som utrygt at brukeren bor hjemme, kontra å oppholde seg på en rehabiliteringsinstitusjon. Dette henger sammen med hvor trygge brukeren er på eget funksjonsnivå.
- **Belastende for pårørende** – Pårørende kan oppleve det som en belastning å ha personell i hjemmet flere ganger om dagen, sammenlignet med dersom brukeren hadde vært på rehabiliteringsinstitusjon. Det kan medføre flere bekymringer samt at de må tilby mer hjelp.

- **Risiko for at brukeren må reinnlegges** – Brukere som har et relativt lavt funksjonsnivå, eller hvor den medisinske behandlingen enten ikke er avsluttet eller ikke ble vellykket, kan ha større risiko for å bli innlagt på sykehus på nytt dersom de kommer hjem for tidlig. I slike tilfeller ser det ut til at brukere kan ha større nytte av et opphold på rehabiliteringsinstitusjon før de kommer hjem.
- **For lite omfang av fysioterapi og ergoterapi i hjemmet** – i enkelte kommuner har både brukere og ansatte pekt på at brukerne får for lite fysioterapi og ergoterapi i forhold til behov og ønske. I den ene kommunen handlet dette både om samlede ressurser i disse tjenestene og om prioritering innad i tjenestene.

Samlet sett tyder denne undersøkelsen på at brukerne generelt er svært tilfredse med å motta rehabilitering i hjemmet, og at de ikke ville vært foruten dette tilbudet. Det at kommunene legger stor vekt på kartlegging av brukerens behov for tjenester, og involvering av brukeren i utformingen av tilbudet ser ut til å ha god innvirkning på tilfredsheten med tilbudet. Det ser likevel ut til at hvordan tilbudet er organisert har stor betydning for brukernes opplevelse av tilbudet. Videre kan enkelte brukere ha behov for et kortere opphold på rehabiliteringsinstitusjon i en periode mellom sykehus og eget hjem, for å øke egen sin tro på eget funksjonsnivå og opplevelsen av trygghet.

Videre i dette avsnittet skal vi se på hvilke resultater brukere har hatt av å motta rehabilitering i hjemmet når det gjelder deres fysiske og psykiske helse.

6.1.2 Resultater av rehabilitering i hjemmet

Informanter som representerer både ledere, ansatte og brukere har trukket frem en del felles resultater for brukerne på tvers av kommuner av å motta rehabilitering i hjemmet.

- **Brukeren kan bli boende lenger i eget hjem** - For eldre pasienter som har fallende funksjonsnivå kan rehabilitering i hjemmet bidra til å bremse funksjonssvikt, slik at brukeren kan bo lenger i eget hjem. Ifølge våre informanter ønsker de fleste brukerne å bo hjemme så lenge som mulig. Brukere som får rehabilitering i hjemmet får trene på konkrete utfordringer som de møter i eget hjem, der de oppholder seg til daglig.

Pårørende: "Jeg tror at hvis ikke vi hadde hatt [tilbud om rehabilitering i hjemmet], så kunne ikke han ha bodd hjemme, rett og slett. De var med på å gjøre at det ble tilrettelagt, siden det ble gjort hjemme. (...) Jeg hadde slitt meg ut hvis vi ikke hadde hatt dette. Det er så godt tilpasset oss. (...) De hjelper oss til å få livet til å fungere."

- **Trygghetsfølelse.** Rehabilitering i hjemmet innebærer at brukeren får oppholde seg i sitt vannte miljø. Dette skaper en trygghetsfølelse og forhindrer den forvirringen som kan oppstå ved å bli tatt ut av sitt vannte miljø.

"Det er veldig godt å ha de [ansatte i rehabiliteringsteamet] her hjemme de dagene de kommer. Det er godt å vite at jeg har den fysiske treningen, og at jeg kan spørre de dersom det er noe jeg lurer på. Veldig trygt at de er her."

Samlet viser disse funnene at rehabilitering i hjemmet kan gi svært positive effekter for brukerne, knyttet til både fysisk og psykisk helse.

6.2 Erfaringer fra ansatte

Som vi har sett i kapittel 4, har undersøkelsen avdekket enkelte suksesskriterier knyttet til både organisering av tilbudet og samarbeid med involverte instanser som er nødvendige for at rehabilitering i hjemmet skal fungere. I kapittel 5 har vi også sett på hva rehabiliteringen konkret består i og hvilke tjenester som er involvert i utførelsen av oppgavene i brukernes hjem. I dette av-

snittet skal vi se på erfaringer fra ansatte som yter rehabiliteringstilbud i hjemmet. Vi ser på enkelte konkrete eksempler på god praksis som har fremkommet i intervjuene. Vi ser også på i hvilken grad de ansatte er tilfredse med denne måten å arbeide på.

- **Rask oppstart av rehabiliteringsprosessen**

Hjemmebesøk innen tre dager

Innsatsteamet i Gjøvik får henvisningsskjema fra tildelingskontoret i kommunen når nye brukere skal få rehabilitering i hjemmet. Da er det tydelig at brukeren er i riktig målgruppe, spørsmål om behov for rask mobilisering og tverrfaglig tenkning. Innen tre arbeidstimer tar innsatsteamet kontakt med brukeren og avtaler hjemmebesøk. De er alltid to fagpersoner på første besøk, og de bruker bevisst kartleggingsverktøy for å vurdere brukers funksjonsnivå. De bruker 1 – 2 uker på kartleggingen. I løpet av denne perioden starter også behandlingen.

- **Inkludering av brukernes pårørende**

Involvering av pårørende

"Pårørende som er redde for at mor eller far ikke får den hjelpen de trenger eller har krav på. Det er viktig å tenke på at dette ikke bare berører bruker, men også de rundt. De pårørende må inkluderes, få informasjon om hva som skjer, for å få sikkerhet om at mor får nok hjelp."

I samtlige av kommunene som deltok i undersøkelsen, var ansatte innenfor rehabilitering i hjemmet svært positive til denne måten å yte tjenester på. De tre yrkesgruppene som primært er involvert i rehabilitering i hjemmet, kan deles i to grupper med utgangspunkt i sin tradisjonelle utførelse av yrkes. Dette får følger for deres erfaringer med rehabilitering i hjemmet, sett opp mot andre tjenester.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter, på den ene siden, har tradisjonelt hatt fokus på rehabilitering, og har enten ytt sine tjenester i egne institutter/lokaler eller i rehabiliteringsinstitusjoner. Hjemmebesøk har lenge vært en utbredt praksis innen både fysio- og ergoterapitjenester. Sykepleiere i hjemmetjenesten, på den andre siden, har tradisjonelt hatt et fokus på pleie. De har vært vant til å yte tjenester i brukerens hjem, men med større grad av pleie, omsorg og kompenserende tiltak enn hva som er hensiktsmessig når man driver rehabilitering.

Våre analyser viser at våre informanter som representerte disse yrkesgruppene i stor grad trakk frem de samme fordelene og ulempene med å yte rehabilitering i hjemmet, på tvers av kommuner.

Fysioterapeut med erfaring som kommunal fysioterapeut trekker frem følgende positive sider ved å arbeide med rehabilitering i hjemmet:

- **Samarbeid mot et felles mål** – Rehabilitering i tverrfaglige team innebærer at flere tjenester samarbeider mot et felles mål. Alle yrkesgrupper er viktige brikker, og arbeidsdagen blir mindre ensom.
- **Tettere samarbeid med hjemmetjenesten** – Ettersom mange av brukerne som mottar rehabilitering i hjemmet også har behov for hjemmesykepleie, har det blitt et tettere samarbeid mellom fysio-/ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten. Bærum kommune, som har sykepleier i tverrfaglig rehabiliteringsteam, har god erfaring med at sykepleierne fungerer som døråpnere i samarbeidet med hjemmesykepleien og kan gi dem informasjon om rehabilitering ut ifra deres egne forståelsesrammer og kultur.

Sykepleiere med erfaring fra hjemmetjenesten oppgir følgende positive sider ved å arbeide med rehabilitering i hjemmet:

- **Bedre tid til hver enkelt** – Sykepleiere opplever å ha mye bedre tid til bruker enn i arbeidet i ordinær hjemmesykepleie. De oppgir at de ikke behøver å skynde seg på samme måte. Dette fører både til at den ansatte får en mindre stressende hverdag, og til at de opplever å gi brukeren et bedre tilbud fordi de har bedre tid til dialog og oppfølging av brukeren.
- **Lettere fysisk arbeid** – ved at brukerne får et bedre funksjonsnivå blir arbeidet fysisk lettere, for eksempel i form av færre tunge løft.
- **Bedre arbeidstid** – Sykepleiere som er ansatt i tverrfaglige rehabiliteringsteam har arbeidstid på dagtid, og arbeider ikke turnus med kvelds- og helgevakter, slik som er vanlig i ordinær hjemmesykepleie. Dette gjelder for eksempel Bærum kommune. Heltidsstilling på dagtid oppgis å være attraktivt.
- **Setter fokus på rehabilitering i ordinære pleie- og omsorgstjenester** – Ved at ansatte i pleie og omsorg er inkludert i tilbudet om rehabilitering i hjemmet, skapes en større bevissthet rundt brukernes rehabiliteringspotensial.

Uavhengig av yrkesbakgrunn trakk våre informanter også frem følgende positive sider ved rehabilitering i hjemmet:

- **Meningsfylt å bistå i å trene opp funksjonsnivå** – det oppgis å være givende for ansatte å se resultater av arbeidet med å bistå i å trene opp brukernes funksjonsnivå. Ansatte oppgir at det er lettere å følge opp brukere som er motiverte og trener godt på egenhånd, noe som gir en opplevelse av å gjøre en god jobb, som skaper motivasjon. Slik sett blir dette en positiv spiral.
- **Lære av hverandres fagkompetanse** – ansatte oppgir at det både er interessant å arbeide tverrfaglig, samtidig som det også gir synergieffekt sammenlignet med om de involverte yrkesgruppene skulle gitt tjenester til brukeren separat. Gjennom det tverrfaglige samarbeidet får ansatte anledning til å lære av andre yrkesgruppers fagkompetanse.

Følgende sitat fra en ansatt i en av kommunene er illustrerende for arbeidet med rehabilitering i hjemmet:

"Jeg synes det er veldig spennende, å være en viktig puslespillbrikke i et tverrfaglig tilbud. Samtidig får vi til noe mer enn om vi bare skulle vært enkeltpersonene. Det er en morsom måte å jobbe på. Og vi hører at noen andre som ikke jobber sånn er misunnelige."

Kommunene som deltok i undersøkelsen har varierende utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av rehabilitering i hjemmet. Følgende utfordringer synes å ha størst implikasjoner for kvaliteten på tilbudet:

- **Endret tankesett**
Ansatte og ledere påpekte at rehabilitering i hjemmet krever endring av tankesett og atferd blant brukere som har vært vant til ordinære hjemmetjenester. Rehabilitering i hjemmet stiller krav til brukerens egen innsats for å forbedre sitt funksjonsnivå, mens tradisjonell hjemmetjeneste i større grad innebærer at brukeren får hjelp og at pleierne utfører oppgaver for brukeren. Derfor er det essensielt for resultatet av rehabiliteringsprosessen at brukeren er motivert til å gjøre en innsats selv.
- **Ressursmangel i fysio- og ergoterapitjenesten**
I en kommune trakk en av informantene frem at ergoterapitjenesten ikke har tilstrekkelige ressurser. Dette medfører at de ikke har anledning til å dra på så mange hjemmebesøk til en bruker som det kan være behov for i starten av et rehabiliteringsforløp. Rehabiliteringen har derfor foregått på kommunens rehabiliteringsinstitusjon, fordi det tar tid å reise hjem til bru-

keren. De har heller ikke ressurser til å gi opplæring til ansatte i hjemmetjenesten og følge dem opp for å sikre at rehabiliteringen har effekt. Dermed har de ikke sikret at den veiledningsfunksjonen som de skal ha er av god kvalitet.

6.3 Økonomiske resultater

En av hovedårsakene til at flere kommuner har satset på rehabilitering i hjemmet, er at de forventer at det vil være økonomisk besparende sammenlignet med andre måter å yte tjenester på. I både Fredericia og Östersund, som har vært inspirasjonskilder for flere kommuner, viser til økonomiske besparelser som følge av sin organisering av tilbudet.

I denne undersøkelsen rettet vi derfor fokus mot hvorvidt de seks kommunene som deltok har oppnådd noen økonomiske gevinster som følge av sin satsning på rehabilitering i hjemmet. Generelt viser funnene at ingen av kommunene har foretatt noen systematisk gjennomgang og/eller beregning av eventuelle økonomiske gevinster av å drive rehabilitering i hjemmet. Bærum kommune kunne vise til resultater etter sin prosjektperiode, men har ikke foretatt liknende beregninger etter at tilbudet ble innlemmet i ordinær drift. Gjennom intervjuene kom det likevel frem erfaringer som tyder på at kommunene sparer penger ved å gi tilbud om rehabilitering i hjemmet. Dette er særlig basert på intervjuer med ledere innenfor helse-, pleie- og omsorg.

De fleste kommunene har valgt en modell med høy ressursinnsats i starten. Målet er at denne intensive rehabiliteringen vil forbedre brukerens funksjonsnivå, slik at ressursinnsatsen gradvis kan reduseres, og at brukeren på sikt vil ha behov for mindre tjenester enn hva som ville vært tilfelle dersom brukeren fikk et annet tilbud enn rehabilitering i hjemmet. Alternativene ville eksempelvis vært hjemmesykepleie, timer hos kommunal fysioterapeut eller plass på rehabiliteringsinstitusjon eller sykehjem. Selv om kommunene ikke har foretatt økonomiske beregninger av den økonomiske gevinsten av denne måten å arbeide på, viser denne undersøkelsen at ledere i de aktuelle kommunene har klare oppfatninger om at det er lønnsomt:

“Det er helt klart en økonomisk gevinst at pasienter klarer seg med mindre hjelp, at vi kan utsette hjelpebehov, og at det er behov for færre sykehjems plasser.”

Vi skal nå se nærmere på hvilke forhold som gjør rehabilitering i hjemmet til et potensielt kostnadsbesparende tilbud.

- **Brukeren kan bli boende lenger i eget hjem**

En kommune viser til konkrete eksempler på brukere som ikke har hatt behov for korttidsplass på rehabiliteringsinstitusjon eller innleggelse på sykehjem som følge av at kommunen har tilbydd rehabilitering i hjemmet. De oppgir at det har hatt en økonomisk gevinst for dem å gi behandling på lavest mulig nivå. “Vi går inn der hvor vi ser bruker som faller i hjemmet, for å unngå at de blir lagt inn på institusjon, korttidsplass eller sykehus.”

- **Bedre ressursutnyttelse**

En kommune kunne vise til brukere som har hatt hjelp fra to personer i hjemmesykepleien samtidig fordi brukeren ikke kan stå oppreist. Brukeren har fått trening i å mestre dette gjennom sitt tilbud om rehabilitering i hjemmet. Når brukeren har mestret dette, er det kun behov for én hjemmesykepleier av gangen. Det samme gjelder brukere som ikke kan gå i trapp, og dermed ikke kommer seg ut. De vil ha behov for ambulanse for eksempel for å komme seg til legen eller sykehus. Ved trening på trappegang kan brukeren klare seg med andre typer tjenester som er mindre kostbare.

- **Mindre behov for ordinære pleie og omsorgstjenester**

En kommune viste til en bruker som hadde besøk av hjemmesykepleien fire ganger per dag. Etter at hun fikk tilbud om rehabilitering i hjemmet har hun utviklet funksjoner til å utføre deler av oppgavene på egenhånd. Nå har hun besøk av hjemmesykepleien kun to ganger om dagen.

En annen kommune har brukere som ikke har behov for noen tjenester etter å ha fått rehabilitering i hjemmet. Kommunen har erfaring med at det er lønnsomt å sette inn mer ressurser i starten enn det som ville blitt gitt ved ordinær hjemmehjelp, for deretter å trappe ned innsatsen gradvis.

- **Sparer utgifter til transport**

Tilbud om rehabilitering i hjemmet vil også kunne gi innsparing i utgifter til transport, som eksempelvis drosje, gjennom at tjenesteytere drar hjem til brukeren for å utføre rehabiliteringen istedenfor at brukeren reiser til rehabiliteringsinstitusjon eller fysioterapeut.

Besparelsene som ble trukket frem ovenfor er særlig knyttet til reduksjon i tilbudet innen pleie- og omsorg. Gjennom intervju med fysioterapeuter og ergoterapeuter kom det frem perspektiver på at rehabilitering i hjemmet ikke medfører mindre bruk av ressurser innen disse tjenestene. Alternativet ville stort sett vært å utføre liknende oppgaver ved egne treningslokaler eller på rehabiliteringsinstitusjon. Hvorvidt dette ville medført en annen effekt for brukeren, i form av behov for flere timer, har vi ikke grunnlag for å vurdere i denne undersøkelsen.

Det å vurdere effekten og de eventuelle økonomiske besparelsene for kommunene ved å tilby rehabilitering i hjemmet sammenlignet med andre tjenester er preget av usikkerhet. For eksempel vil slike beregninger kun gi et anslag på besparelsen, ettersom man ikke med sikkerhet vil kunne forutsi brukeres behov for tjenester dersom de ikke hadde fått rehabilitering i hjemmet. Det finnes likevel måter å vurdere den økonomiske lønnsomheten på. En måte er å ha to ulike grupper brukere, hvor den ene gruppen mottar et bestemt tilbud og den andre gruppen ikke mottar noe tilbud (kontrollgruppe). Slik vil man kunne evaluere effekten av tiltaket isolert sett. Utfordringen er gjerne at det er etisk uforvarslig å ha en gruppe pasienter som ikke mottar et rehabiliterings-tilbud, når de faktisk har behov for det. Da vil alternativet være å følge brukernes utvikling over tid, og bruke kommunens tidligere erfaringer som utgangspunkt for vurdering av innsparinger. Trondheim kommune har hatt en slik tilnærming i vurderingen av effekten av sitt prosjekt "tidlig intervensjon". Etter at brukerne har mottatt rehabilitering i hjemmet i ett år, evaluerte man deres funksjonsnivå, og fant at dette var blitt bedre.

Enkelte undersøkelser oppga som videre satsningsområde at de skal ha fokus på å dokumentere resultater av tilbudet. Andre har et bevisst forhold til registrering i IPLOS, og vil på lengre sikt kunne hente ut data herfra som kan belyse den økonomiske lønnsomheten av å arbeide på denne måten.

VEDLEGG

Vedlegg 1. Oversikt over kartleggingsverktøy

Vedlegg 2. Litteraturliste

VEDLEGG 1. OVERSIKT OVER KARTLEGGINGSVERKTØY

Tabell 5-2: Oversikt over kartleggingsverktøy

Verktøy	Beskrivelse
ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health (Gjøvik, Bodø og Trondheim)	Et verktøy utviklet av WHO som benyttes innfor fysioterapi. se sammenheng mellom kroppsfunksjon
COPM – Canadian Occupational Performance Measure (Gjøvik, Bærum, Bodø)	Et canadisk verktøy som benyttes innenfor ergoterapi. Gjennomføres som en semistrukturert intervjusamtale med bruker, med fokus på aktivitetsutførelse: betydningen av ulike aktiviteter i dagliglivet, og utfordringer de har. Definerer inntil 5 aktiviteter som har stor betydning i hverdagen. Disse aktivitetene brukes som utgangspunkt for å sette mål og utforme tiltak ut i fra brukers ønsker og behov. Dette verktøyet brukes for å måle utvikling på et senere tidspunkt.
FIM (Functional Independence Measure) (Bærum)	Måler brukerens funksjonsnivå, hvor selvstendig pasienten er i en del grunnleggende aktiviteter i dagliglivet. Verktøyet brukes tverrfaglig av fagpersoner som sammen har besøkt brukeren, men involverer ikke brukeren. Dette verktøyet brukes for å måle utvikling på et senere tidspunkt.
Bartell index (Bømlo)	kartlegger daglig funksjonsnivå, herunder gangfunksjon, toalettbesøk, påkledning og lignende. Disse testene danner utgangspunkt for rehabiliteringstilbudet.
MI (Motiverende intervju) (Bømlo)	Samtaleteknikk for å aktivere brukerens motivasjon for egen rehabilitering

VEDLEGG 2. LITTERATURLISTE

Bærum kommune, 2003. *Prosjekt HjemRehabilitering – "Investert tid gir resultater". Utviklingsprosjekt seksjon forebygging og rehabilitering mars 2000-desember 2002*. Prosjektrapport 2003. Tilgjengelig fra:

<https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Kommunehelse/Rehabilitering-Vest/Rapport-fra-Prosjekt-HjemRehabilitering-2000-2002/> (Lesedato 24.09.12)

FOR 2011-12-16 nr 1256: *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Ikraftttredelse 2012-01-01. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20111216-1256.html> (Lesedato: 24.09.12.)

Hauglum, Solrun, 2012. "«Vossamodellen» - Kvardagsrehabilitering på Voss. Utfordringer framover i helse- og omsorgstenestene". Artikkel i *Ergoterapeuten nr. 1 2012*. Ergoterapeutene, Norsk Ergoterapeutforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Om-Ergoterapeuten/Innholdsfortegnelse/Ergoterapeuten-01-2012> (lesedato 24.09.12.)

Helsedirektoratet, 2012. Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Rapport, februar 2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Sider/default.aspx> (Lesedato: 24.09.12)

Helsedirektoratet, 2012. *IS-1947 - Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Sider/default.aspx> (Lesedato 24.09.12)

Kjellberg, Jakob, 2010. *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune*. København, Dansk Sundhedsinstitut. Tilgjengelig fra: http://www.ro.no/Rapport_ekonomisk_evaluering_selvstendig_%20liv_fredricia_kommune_dk.pdf (Lesedato 24.09.12.)

Ibsen, Rikke og Kjellberg, Jakob (2010): *Økonomisk evaluering af «Længst Muligt i Eget Liv» i Fredericia Kommune*. Dansk Sundhedsinstitut, København.

Kjellberg, Pia Kürstein m.fl. 2011. *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. Rapport, Dansk Sundhedsinstitut 2011. Tilgjengelig fra: http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=287&project_id=3106&type=book_whole (Lesedato: 24.09.12)

Kjellberg, Pia Kürstein m.fl. 2011. *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. Notat, Dansk Sundhedsinstitut, september 2011. Tilgjengelig fra: http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=286&project_id=3333&type=book_whole (Lesedato: 24.09.12)

Kjellberg, Pia Kürstein m.fl. 2012. "Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010". Artikkel i *Ergoterapeuten nr 1, 2012*. Ergoterapeutene, Norsk Ergoterapeutforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Om-Ergoterapeuten/Innholdsfortegnelse/Ergoterapeuten-01-2012> (Lesedato 24.09.12.)

Laberg, Torill og Nils Erik Ness, 2012. "Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner". *Ergoterapeuten nr. 1 2012*, Artikkel i *Ergoterapeuten nr. 1, 2012*. Ergoterapeutene, Norsk Ergoterapeutforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Om-Ergoterapeuten/Innholdsfortegnelse/Ergoterapeuten-01-2012> (Lesedato 24.09.12.)

LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Ikrafttredelse 2012-01-01. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> (Lesedato 24.09.12)

Ness, Nils Erik m.fl. 2012. *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* Rapport ved prosjektgruppe "hverdagsrehabilitering i Norge". Ergoterapeutene, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk sykepleierforbund 28.09.2012. Tilgjengelig fra: <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering> (lesedato: 08.10.12.)

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg. "Kapittel 5: Ny samhandling"*. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet juni 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf> (Lesedato: 24.09.12.)

Rambøll, 2011. *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene*. Oppdrag for Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene/Sider/default.aspx> (Lesedato: 24.09.12.)

Riksrevisjonen, 2012: *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Dokument 3:11 (2011-2012). Riksrevisjonen mars 2012. tilgjengelig fra: <http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/rehabilitering.aspx> (Lesedato: 24.09.12)

St. meld. nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring*. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037> (Lesedato: 24.09.12.)

St. prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9, særtrykk. 2007-2008. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776> (Lesedato: 24.09.12.)

Vik, Kjersti, 2012. "Aktivitet og deltakelse for eldre. Et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring." Artikkel i *Ergoterapeuten nr. 1 2012*. Ergoterapeutene, Norsk Ergoterapeutforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Om-Ergoterapeuten/Innholdsfortegnelse/Ergoterapeuten-01-2012> (Lesedato 24.09.12.)

Østersund kommune, SE, 2008. *Prisbelönt rehabilitering*. Tilgjengelig fra: <http://www.ostersund.se/stodomsorgvard/halsoochsjukvard/rehabilitering/prisbelontrehabilitering.4.6206f665119bf511be480007504.html> (Lesedato: 24.09.12.)