

## Sammendrag

Et stort antall norske kommuner har innført eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud. Inspirasjonen hentes først og fremst fra erfaringene i svenske og danske kommuner.<sup>1</sup>

Støtte til å styrke brukernes mestringsevne er det sentrale elementet: Hverdagsrehabilitering skale bidra til å endre den tradisjonelle tenkningen i pleie- og omsorgstjenestene:

**Fra:** Hva er problemet du trenger hjelp til?

**Til:** Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?

Tilrettelegging for og trening i forhold til daglige aktiviteter er derfor de viktigste tiltakene i hverdagsrehabilitering.

Innføring av hverdagsrehabilitering har flere mål:

- **Brukerrettet:** Hverdagsrehabilitering skal bidra til at personer klarer å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, i stedet for å være passive hjelpemottakere.
- **Kommunaløkonomisk:** Økt mestringsevne skal innebære at kommunen får redusert ressursbruk ved en reduksjon i behovet for hjemmetjenester og en utsettelse av tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg (f.eks. utsatt sykehjemsinleggelse).
- **Medarbeiderne** i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal oppleve det som tilfredsstillende og motiverende at deres innsats fører til at brukerne mestrer hverdagslivets aktiviteter.

En rekke forskningsrapporter og evalueringer fra enkeltkommuner dokumenterer at alle disse målene nås. Hverdagsrehabilitering er derfor en «uimotståelig appellerende løsning» for å sikre god pleie og omsorg på en kostnadseffektiv måte. Suksess er imidlertid ikke en selvfølge – også tiltak med gode intensjoner kan strande.

Funnene i prosjektet understreket noen viktige forutsetninger som må være tilstede for å sikre vellykket hverdagsrehabilitering, og noen valg som kommunene må ta ved innføring:

### Suksesskriterier

Kommunene som vi har hatt kontakt med i prosjektet fremhevet i stor grad de samme forutsetningene eller suksesskriteriene for vellykket hverdagsrehabilitering som vi fant i litteraturen:

- **Forankring i politisk og administrativ ledelse.**  
Kommunene må regne med at det vil komme reaksjoner fra innbyggerne og ansatte på en ny måte å jobbe med brukerne på.  
Særlig brukere som tidligere mottok hjelp eller nye brukere og pårørende som forventer hjelp, kan oppleve at goder blir tatt fra dem. Det nye konseptet krever noe av dem – egeninnsats for å gjenvinne eller styrke mestring av aktiviteter i dagliglivet.  
Politisk og administrativ ledelse må kunne forsvare satsningen på hverdagsrehabilitering.
- **Ressurser til intensiv innsats i en periode**  
Selv om ett av siktemålene er å spare ressurser på sikt, er det behov for en «pukkel» ved oppstart. Teamet og samarbeidsrutiner må etableres, og det tar lenger tid å trene brukerne enn å gjøre jobben for dem.  
Flere politikere og administrative ledere kommenterte at de ikke har råd til å la være å satse på hverdagsrehabilitering for å møte morgendagens utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

---

<sup>1</sup> De viktigste og best dokumenterte eksemplene er Østersund i Sverige og Fredericia og Odense i Danmark.

- Holdnings- og kulturendring  
Hverdagsrehabilitering krever at medarbeiderne venner seg til «å jobbe med hendene på ryggen». Brukernes egenmestring skal styrkes.

For mange som lenge har hatt en hjelperolle, kan det innebære en stor omstilling.

Det er spesielt viktig å få mellomledere i hjemmetjenesten med på laget, slik at de kan følge opp en riktig praksis overfor sine medarbeidere og henvise egnede brukere til hverdagsrehabilitering.

- Kompetanse  
Medarbeiderne i hverdagsrehabilitering besitter ulik kompetanse og erfaring: Fysioterapeutene og ergoterapeutene har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De er derfor sentrale og fungerer som «motorer» for hverdagsrehabilitering. Samtidig er terapeuter ofte mangelkompetanse i kommunene.

Sykepleiere er viktige fordi de har kompetanse innenfor ernæring, medisiner og andre sykepleiefaglige oppgaver.

Hjelpepleiere, helsefagarbeidere og hjemmehjelpere er viktige fordi de har erfaring med å tilrettelegge for dagliglivets gjøremål, som nettopp er det brukerne skal trene på.

- Forpliktende tverrfaglig arbeid  
De ulike gruppene må samordne sin innsats og sikre en rød tråd i tilnærmingen overfor den enkelte brukeren. Alle grupper må bringe inn sin kompetanse og sine synspunkter. Konkurransen om «definisjonsmakten» kan føre til at noen medarbeidere trekker seg unna. Dette svekker samarbeidsgevinstene i arbeidet.

- Informasjon og motivasjon av brukere og pårørende  
Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukernes ønsker om hvilke aktiviteter som skal mestres. Brukerens motivasjon for egen innsats er avgjørende for et vellykket resultat. Det er viktig at pårørende har forståelse for nødvendigheten av trening, og ikke har forventninger om hjelp som passiviserer brukeren.

En god dialog med brukere og pårørende er nødvendig helt fra starten av. I mange kommuner ligger dette ansvaret til et bestillerkontor eller en forvaltningsenhet.

- Tydelige målgrupper – «de rette brukere»  
Kommunene definerer inkluderings- og eksklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering. Likevel har mange kommuner problemer med å få henvist brukere i tråd med disse kriteriene. Rehabiliteringsteamene får ofte henvist brukere fra pleie- og omsorgstjenesten som er dårlig egnet, enten fordi de har et sykdomsbilde som gjør at de mangler potensial for rehabilitering eller på grunn av psykiske eller kognitive forutsetninger. Brukere i hverdagsrehabilitering må kunne forstå og nyttiggjøre seg instruksjon.

For ikke å virke «eksklusiv», tar teamene i noen kommuner også imot dårlige egnede brukere. Dette innebærer i en del tilfeller lite effektiv ressursbruk, med intensiv innsats overfor brukere som har lite utbytte av hverdagsrehabilitering.

Kunnskap om hvilke brukere som er egnet, må derfor formidles til de instansene som er aktuelle for å henvise brukere. Dette gjelder foruten hjemmetjenesten og bestiller-/forvaltningsenheten i kommunene også sykehus, rehabiliteringstjenesten og fastleger.

- Målrettet innsats og dokumentasjon av resultater

Det er viktig løpende å dokumentere resultater for å få oppslutning om fortsatt satsing på hverdagsrehabilitering. Dette kan sikres ved hjelp av tall og statistikk, men også gjennom gode historier/case om enkeltbrukere som har forbedret sitt funksjonsnivå etter trening i hverdagslivets aktiviteter. I forhold til hjemmetjenestene er «de gode historiene» ofte egnet for å vinne oppslutning om mestringsideologien. Dette innebærer blant annet en forståelse for at de «hemmelige» tjenestene (hente post, kaste søppel m.m.) ikke tjener brukerne.

Rehabiliteringsprosessen overfor den enkelte brukeren tar utgangspunkt i klare mål som brukeren anser som viktige. Målene følges opp og prosessen må evalueres kontinuerlig.

## **Ulike løsninger og valg ved innføring av hverdagsrehabilitering**

- Modeller for organisering

Beskrivelsen av organisering av hverdagsrehabilitering i de 20 utvalgte kommunene illustrerer et stort mangfold:

Elleve av kommunene i utvalget har etablert tverrfaglige team som har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen («spesialistmodell»). De resterende ni kommunene bruker terapeuter for å veilede og følge opp treningsoppgavene som utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten («integrert modell»).

Vi har drøftet fordeler og ulemper ved de ulike modellene:

I spesialistmodellen kan teamet konsentrere seg fullt og helt om hverdagsrehabilitering. Medarbeiderne i teamet skjermes for ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. Teamet kan imidlertid oppleves som «eksklusiv» av hjemmetjenesten, i og med at det får god tid til å planlegge og arbeide med den enkelte brukeren. Tilbud om hverdagsrehabilitering gis dessuten ofte til brukere som hjemmetjenesten beskriver som «lette».

Den integrerte modellen gir i større grad grunnlag for at hverdagsmestring involverer hele hjemmetjenesten, ikke bare noen dedikerte og motiverte medarbeidere. Dette krever en holdnings- og kulturendring fra «å gjøre for» til «støtte til å mestre selv». I denne modellen kan oppdrag i hverdagsrehabilitering konkurrere med ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. I en travel hverdag kan det være nødvendig å redusere treningsaktiviteter for å rekke alle oppdrag.

Følgende forhold har betydning for valg av modell i den enkelte kommunen:

- Kommunestørrelse og bosettingsmønster:

I mange små kommuner og i områder med spredt bosetting tilsier reiseavstander at det blir for ressurskrevende å ha et eget team utenfor de ordinære tjenestene. Det kan dessuten være problematisk å rekruttere et tilstrekkelig antall brukere til et tverrfaglig sammensatt team som utelukkende arbeider med hverdagsrehabilitering.

Flere kommuner har derfor valgt den integrerte modellen der hverdagsrehabilitering utføres av personell som også ivaretar tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver og spesialiserte ergo-/fysioterapioppgaver. I disse kommunene er det hensiktsmessig å organisere oppdragene i hverdagsrehabilitering på egne arbeidslistor. Ellers kan medarbeiderne som utfører oppdragene, miste fokus på brukerens egen mestring – og rehabiliteringsoppgaver «saldres bort» i en travel hverdag.

- Utfordringen knyttet til kultur og holdninger:

I noen kommuner representerer den nødvendige kultur- og holdningsendringen i hjemmetjenesten en stor utfordring. Det kan da være hensiktsmessig å starte med en spesialistmodell for å sikre riktig tilnærming. Etter hvert som gode resultater dokumenteres, kan hverdagsrehabilitering integreres i hele hjemmetjenesten.

Uansett valg av modell er ledelse viktig:

I spesialistmodellen må ledelsen bidra til at hjemmetjenesten og andre samarbeidspartnere har forståelse for hverdagsrehabilitering. God informasjon og åpne linjer ved henvisninger er viktig for å unngå at hverdagsrehabilitering blir oppfattet som et eksklusivt tilbud.

I den integrerte modellen må ledelsen følge opp og sikre at hverdagsrehabilitering blir gjennomført i tråd med planene, for å unngå at treningsoppdrag «salderes bort» i en travel hverdag.

- Målgrupper for og varighet av hverdagsrehabilitering

For å sikre at den tverrfaglige og intensive innsatsen som hverdagsrehabilitering innebærer, er effektiv, må det defineres målgrupper for tilbudet, oftest f.eks.:

- Brukere som søker tjenester for første gang
- Tidligere brukere som har hatt et brått funksjonsfall.

Like viktig som å definere målgrupper, er det å definere hvilke brukere som ikke er egnet for hverdagsrehabilitering, f.eks.:

- Brukere som ikke har et rehabiliteringspotensial
- Brukere med omfattende mental/kognitiv svikt
- Brukere som ikke er motiverte og som ikke kan motiveres til egen innsats.

Intensiv innsats overfor brukere som ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet, er lite effektivt.

Definisjon av målgruppen er avhengig av rehabiliteringstilbudet for øvrig i kommunen (tilgang til tilbud i spesialisthelsetjenesten, kommunale rehabiliteringsplasser, privatpraktiserende fysioterapeuter m.m.). I kommuner med et bredt tilbud kan målgruppen for hverdagsrehabilitering avgrenses mer enn i kommuner som har et svakt rehabiliteringstilbud for øvrig.

- Dokumentasjon av resultater og effektivitet

Hverdagsrehabilitering må forholde seg til et generelt krav: Kommunenes tilbud skal bidra til å øke brukernes velferd på en kostnadseffektiv måte.

Den grunnleggende idéen bak hverdagsrehabilitering er i så måte nærmest uimotståelig: Brukerne får økt sin velferd gjennom bedret mestringsevne og funksjonsnivå – og kommunen får reduserte utgifter gjennom lavere utgifter til hjemmetjenester og utsettelse av institusjonsplassering.

Overbevisende resultater dokumenteres bl.a. fra Fredericia i Danmark: 45% av brukerne som hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering, avsluttet prosessen uten at de hadde behov for videre hjelp, 40% avsluttet med mindre hjelp enn de ville fått opprinnelig og 15% avsluttet med samme omfang av hjelp som de ville fått opprinnelig.

Sentrale forutsetninger for å sikre effektivitet er:

- Sikre reell tverrfaglighet ved å få synergier ut av ulik kompetanse
- Effektiv organisering av tverrfaglighet (rutiner, møter, informasjonsutveksling)
- Henvisning av de «rette brukerne»
- Avslutning av tiltak med liten effekt
- Rød tråd i tilnærmingen overfor brukeren samt kontinuitet i utførelsen av oppgavene

I prosjektet sendte vi et forslag til modell for registrering av ressursinnsats og utvikling i brukernes mestringsevne og funksjonsnivå til de 20 kommunene som vi hadde kontakt med. 11 kommuner testet ut modellen. Deres tilbakemeldinger har gitt innspill til forbedring og utvikling av modellen.

Kommunenes tilbakemeldinger understreker at mange må ha bedre rutiner for å sikre en systematisk registrering av ressursinnsats og kartlegging av brukernes mestringsevne/funksjonsnivå.

En revidert **registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering** er fritt tilgjengelig for kommunene.

### **Prosjektets formål og mandat**

Prosjektet undersøker erfaringene som norske kommuner har med utprøving av ulike modeller for hverdagsrehabilitering, spesielt med hensyn til styring, ledelse og økonomi. Mandatet som KS har definert for prosjektet er «**å aggregere kunnskap fra ulike modeller for å kunne vurdere forutsetninger og elementer som må være tilstede for å utvikle modeller for hverdagsrehabilitering som fungerer.**» I tillegg skal prosjektet utarbeide en beregningsmodell som kan brukes til støtte i kommunenes styring og oppfølging av hverdagsrehabilitering.

### **Opplagg og metode**

Prosjektet tar utgangspunkt i en gjennomgang av tilgjengelig litteratur om hverdagsrehabilitering fra svenske, danske og norske kommuner. For å utdype ulike valg og suksesskriterier for hverdagsrehabilitering, ble det valgt ut 18 kommuner og to bydeler i Oslo som har innført eller som planlegger å innføre hverdagsrehabilitering. Fra disse kommunene/bydelene er det innhentet skriftlig dokumentasjon som beskriver organisering av, målgrupper for og kompetansen/ressursene som er avsatt til hverdagsrehabilitering. I åtte kommuner har vi foretatt dybdeintervjuer med folkevalgte, administrative ledere, ledere for rehabiliteringsarbeidet og med medarbeiderne som er involvert i hverdagsrehabilitering.

