

HVERDAGSREHABILITERING I NORSKE KOMMUNER

Fra passiv mottaker til aktiv deltaker



INNHOOLD

3

HVA ER
HVERDAGS-
REHABILITERING?

7

ORGANISERING
MÅLGRUPPER
VARIGHET

15

SUKSESS-
KRITERIER
FORUTSETNINGER FOR Å
LYKKES MED HVERDAGS-
REHABILITERING

21

REGISTRERINGS-
OG BEREGNINGS-
MODELL FOR
HVERDAGS-
REHABILITERING
VEILEDNING



FRA:
HVA ER
PROBLEMET DU
TRENGER HJELP TIL?

TIL:
HVA ER VIKTIGE AKTIVI-
TETER I DITT LIV SOM
DU ØNSKER Å
MESTRE?

HVA ER HVERDAGS- REHABILITERING?

Det grunnleggende menneskesynet bak hverdagsrehabilitering er at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne og mestre sin hverdag i størst mulig grad selv.

Innhold i hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er knyttet til mestring av dagliglivets aktiviteter i brukerens hjem eller nærmiljø. I litteraturen og i kommunene benyttes ulike begreper med til dels avvikende og dels overlappende innhold. Et skille går mellom hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. Hjemmerehabilitering kan omfatte brukere med store oppfølgingsbehov. Hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette omfattende pleiebehov.

Følgende elementer er sentrale i hverdagsrehabilitering

TIDLIG OG INTENSIVT

Tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode for å bidra til styrking av funksjonsnivå og mestringsevne.

TVERRFAGLIG

Den tverrfaglige innsatsen rettes mot mestring av dagliglivets aktiviteter i brukerens hjem/nærmiljø.



BRUKERENS EGNE MESTRINGSMÅL

Planlegging av tiltak tar utgangspunkt i brukerens egne ønsker om hvilke mål det er viktig å oppnå. Oppmerksomheten er da rettet mot hvilke funksjoner det er viktig å styrke eller å gjenvinne.

Intensjonene og målene for hverdagsrehabilitering er tredelt

FOR BRUKEREN

Hverdagsrehabilitering skal bidra til at brukerne klarer å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, uten å måtte bli passive hjelpemottakere.

FOR KOMMUNENS ØKONOMI

Økt mestringsevne skal innebære at behovet for hjelp fra hjemmetjenesten reduseres og tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg utsettes.

FOR MEDARBEIDERNE

Å bidra til at brukerne mestrer hverdagslivets aktiviteter, oppleves som meningsfullt og tilfredsstillende.

Muligheter

Hverdagsrehabilitering forener målene om god kvalitet for brukerne og en mer effektiv drift for kommunene.

Fallgruver

For brukerne skal hverdagsrehabilitering innebære en økning av livskvaliteten. Hvis oppmerksomheten utelukkende er rettet mot styrking av brukernes mestringsevne, kan det være dårlig bruk av ressurser. Innsatsen fortsetter, uansett brukerens muligheter, egen innsats og fremskritt.

Hvis oppmerksomheten utelukkende er rettet mot innsparinger, kan det gå ut over mulighetene til å sikre intensiv innsats i rehabiliteringsperioden. Dette er ett av de sentrale elementene i hverdagsrehabilitering: Intensiv støtte og trening i en avgrenset periode skal gi resultater på sikt.

Oppfordring

Se på målet om å øke brukernes mestringsevne og velferd, og behovet for å redusere/utsette brukernes behov for kommunale tjenester som like viktige.

Fra: Hva er problemet du trenger hjelp til?

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

Holdnings- og kulturendring

I pleie- og omsorgstjenestene står tradisjonelt hjelperollen i forgrunnen. Innføring av hverdagsrehabilitering krever derfor en systematisk holdnings- og kulturendring. For mange medarbeidere vil denne omleggingen kreve mye informasjon, motivasjon og oppfølging.

Brukerne har ofte vært vant til å være passive mottakere og kan oppleve endringen som negativ. De kan oppleve at de blir fratatt et gode. Det samme kan gjelde brukernes pårørende.

INFORMASJON OG MOTIVASJON

Det er derfor viktig at kommunene er bevisst på hvordan de går frem for å informere og motivere brukerne og pårørende. Poenget er at brukerne må trene for å få til mestring, og å kunne utføre dagliglivets aktiviteter som er viktige for dem.

MOTIVERENDE SAMTALE

Metoden *motiverende samtale* kan være egnet som verktøy for å nå brukere og pårørende.

ORGANISERING AV TVERRFAGLIGHET

Det er en utfordring å sikre at den tverrfaglige innsatsen er rettet direkte mot brukerens mål. Dette krever holdninger og en arbeidsmåte som sikrer at de ulike faggruppene deltar på lik linje med sin kompetanse og erfaring. Lederne for hverdagsrehabilitering må jobbe systematisk for å sikre et godt arbeidsmiljø i teamene.

Definisjon:



Hverdagsrehabilitering omfattes av definisjonen i forskrift om habilitering og rehabilitering: «*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet.*»

ORGANISERING MÅLGRUPPER VARIGHET

Organisering av tjenesten

Kommuner som innfører hverdagsrehabilitering kan i prinsippet velge mellom to hovedmodeller for organisering av tilbudet.

Modell 1 Spesialistmodell

I kommuner som etablerer egne team for hverdagsrehabilitering, er det viktig at andre tjenester kjenner tilbudet og støtter det. Støtten må blant annet vise seg i at andre tjenester henviser egnede brukere til rehabiliteringsteamet.

Et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av hele rehabiliteringsprosessen.

FORDELER/ULEMPER:

Teamet kan konsentrere seg fullt og helt om hverdagsrehabilitering. Det betyr at teamet skjermes for ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. Rehabiliteringsteamene får god tid til å planlegge og arbeide med den enkelte brukeren – ofte brukere som hjemmetjenesten selv beskriver som lette. I noen kommuner opplever derfor den ordinære hjemmetjenesten at hverdagsrehabilitering blir et eksklusivt tilbud.

Muligheter:

Flere kommuner har valgt å lage egne arbeidslister for oppdrag innen hverdagsrehabilitering. Dette for å unngå at hjemmetjenesten må utføre tidkrevende treningsoppgaver innimellom ordinære pleie- og omsorgsoppgaver.

I en kommune skal medarbeideren som har utført et oppdrag i hverdagsrehabilitering utkvittere dette på et eget skjema.

Modell 2 Integrert modell

Ergo-/ fysioterapeuter har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetene med brukeren utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten (hjemmetrenere) etter veiledning fra terapeutene.

FORDELER/ULEMPER:

Alle kommuner som innfører hverdagsrehabilitering vil at mestringstenkningen skal gjennomstrømme hele organisasjonen. Noen mener at dette er lettere å få til når hverdagsrehabilitering integreres i hjemmetjenesten. Dette krever en holdnings- og kulturendring fra «å gjøre for» til «støtte til å mestre selv». Utfordringen er ofte at oppdrag i hverdagsrehabilitering konkurrerer med ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. I en travel hverdag kan det være nødvendig å redusere treningsaktiviteter for å rekke alle oppdrag.

LEDELSE ER VIKTIG I BEGGE MODELLER!

Mange kommuner velger å starte med et prosjekt, andre innfører hverdagsrehabilitering med en gang som en del av sitt faste tjenestetilbud. Uansett er det en intensjon om at alle helse- og omsorgstjenester på sikt skal være opptatt av å styrke brukernes mestringsevne.

MODELL 1

Ledelsen må bidra til at hjemmetjenesten og andre samarbeidspartnere (fastleger, sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner med mer) har forståelse for hverdagsrehabilitering. God informasjon og åpne linjer ved henvisninger er viktig for å unngå at hverdagsrehabilitering blir oppfattet som et eksklusivt tilbud.

MODELL 2

Ledelsen må følge opp og sikre at hverdagsrehabilitering blir gjennomført i tråd med planene og for å unngå at treningsoppgaver salderes bort i en travel hverdag.

Muligheter:

Noen kommuner foretar en gradvis implementering i pleie- og omsorgstjenesten. Det betyr at noen dedikerte medarbeidere i hjemmetjenesten brukes som hjemmetrenere. Etter hvert vil alle ansatte i hjemmetjenesten involveres. Andre kommuner forutsetter at alle ansatte i hjemmetjenesten skal delta i hverdagsrehabilitering fra oppstart.





Hvilken modell passer for oss?

ORGANISERING

Det finnes ingen fasit for hvilken modell som er riktig – men noen momenter kan hjelpe i valget.

BRUKERGRUNNLAG OG KOMPETANSE

Små kommuner har forholdsvis få brukere som er aktuelle for hverdagsrehabilitering. I mange små kommuner tilsier tilgjengelig kompetanse at det er problematisk å øremerke ergo- og fysioterapeuter til å arbeide utelukkende med hverdagsrehabilitering. Modell 2 vil da ofte være mest aktuell.

BOSETTINGSMØNSTER

Også for kommuner (eller deler av kommuner) som har spredt bosetting og store

avstander kan modell 2 være mest aktuell og mest effektiv. Store reiseavstander mellom oppdrag gjør det kostbart å øremerke medarbeidere til å arbeide utelukkende med hverdagsrehabilitering.

NØDVENDIG KULTURENDRING

Større kommuner med konsentrert bosetting kan i prinsippet velge både modell 1 og 2. Store enheter i hjemmetjenesten kan imidlertid gjøre det mer krevende å få til en nødvendig kulturendring. Modell 1 kan derfor være mer hensiktsmessig – i alle fall i starten.

Eksempel

En kommune har startet med et eget team som har ansvar for hverdagsrehabilitering i et begrenset område. Etter å ha vist gode resultater og formidlet de gode historiene, integreres hverdagsrehabilitering nå i hele hjemmetjenesten. Det betyr at alle medarbeidere skal kunne utføre hjemmetreningen.

Målgrupper

Ikke alle brukere av helse- og omsorgstjenester har nytte av tilbudet om hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia viser at kun en tredel av de som søker om hjemmetjenester for første gang er aktuelle for hverdagsrehabilitering.

INKLUSJONSKRITERIER

For å sikre at den tverrfaglige og intensive innsatsen som hverdagsrehabilitering innebærer er effektiv, må målgruppene defineres. For eksempel:

- Brukere som søker tjenester for første gang.
- Tidligere brukere som har hatt et brått funksjonsfall.
- Brukere med utvalgte diagnoser eller alder.

EKSKLUSJONSKRITERIER

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

- Brukere med langtkommen regenerativ sykdom eller i terminalfase
- Brukere med omfattende mental/kognitiv svikt
- Brukere som ikke er motiverte og som ikke kan motiveres til egen innsats for å mestre aktiviteter i dagliglivet

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

BRED ELLER SNEVER AVGRENSNING AV MÅLGRUPPEN?

Definisjon av målgruppen for hverdagsrehabilitering er ofte avhengig av rehabiliteringstilbudet for øvrig i kommunen. I kommuner med god tilgang på tilbud i spesialisthelsetjenesten, kommunale rehabiliteringsplasser, privatpraktiserende fysioterapeuter og andre, kan målgruppen for hverdagsrehabilitering avgrenses. Kommuner med et svakt rehabiliteringstilbud for øvrig definerer målgruppen for hverdagsrehabilitering ofte bredere. Kommunene må imidlertid sikre kompetanse i forhold til målgruppens behov.

Målgrupper og tilnærming

Bred målgruppe	Snever målgruppe
Hverdagsrehabilitering og spesialisert rehabilitering kan gå over i hverandre	Kun innsats til hverdagsaktiviteter

Definisjon av målgruppen har betydning for innholdet i rehabiliteringsprosessen

BRED MÅLGRUPPE

I kommuner som velger en bred definisjon av målgruppen, er det ofte en glidende overgang mellom ulike rehabiliterings typer. Terapeutene i teamet er involvert i både hverdagsrehabilitering og spesialisert rehabilitering for de samme brukerne. Det betyr at brukerne får trening og tilrettelegging i forhold til hverdagsaktiviteter og for spesifikke funksjonsproblemer. Dette gjelder eksempelvis kommuner der målgruppen omfatter:

- Alle som søker om hjelp for første gang
- Alle eksisterende brukere av hjemmetjenester
- Alle pasienter som skrives ut fra sykehus eller rehabiliteringsopphold

En slik definisjon vil inkludere brukere med sammensatte og omfattende problemer.

SNEVER MÅLGRUPPE

I kommuner med en mer snever definisjon av målgruppen konsentreres rehabiliteringen om trening kun i forhold til hverdagsaktiviteter.

Erfaringer

Mulighetene for å lykkes med hverdagsrehabilitering er oftest best når tiltak settes inn raskt etter funksjonssvikt.

Hjemmetjenestens innvendinger mot hverdagsrehabilitering («dere tar de lette brukere som vi kunne klart å få selvhjulpne uten store ressurser»), møtes i noen kommuner med at tilbudet gis til brukere som ikke er i målgruppen.

Det er viktig at hverdagsrehabilitering får forståelse og aksept i hjemmetjenesten. Det er dårlig ressursutnyttelse å gi tilbudet til brukere som ikke får utbytte av den intensive innsatsen.

Varighet

FAST ELLER VARIERENDE LENGDE PÅ TILBUDET?

Mange kommuner har valgt at tilbudet om hverdagsrehabilitering skal gis i en fast periode. Dette kan vare fra tre uker til fire måneder. Målgruppene for, og innholdet i, hverdagsrehabiliteringen varierer mellom kommunene.

I andre kommuner fastsettes varigheten av

hverdagsrehabilitering individuelt. Brukernes utgangspunkt og deres ønsker om mestring legges til grunn for hvor lenge tilbudet gis.

I kommunene som fastsetter rehabiliteringsperioden individuelt, kan det være forskjeller fra noen dager opp til 6 måneder. Også dette understreker at målgruppene for, og innholdet i, hverdagsrehabiliteringen varierer mellom kommunene.

Erfaringer

Korte rehabiliteringsperioder legger et press på både brukere og medarbeidere. Felles innsats for å oppnå brukerens mestringsmål må starte umiddelbart, og innsatsen skal være intensiv. Kommuner som har valgt lengre rehabiliteringsperioder fremhever at det tar tid å skape trygghet og innarbeide riktige treningsvaner hos brukeren.

Vær oppmerksom på

- Lange vedtaksperioder kan bli en sovepute. Oppstart av treningen kan utsettes, og det er fare for at treningen ikke nødvendigvis gjennomføres konsekvent og målrettet.
- Opprettholdelse av treningsvanene kan sikres ved hjelp av andre tilbud enn kommunal innsats.
- Brukere som kommer fra sykehusopphold må komme seg tilstrekkelig slik at det er mulig med aktiv trening.



SUKSESSKRITERIER

FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES
MED HVERDAGSREHABILITERING

Suksesskriterier

1 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 egeninnsats for å gjenvinne eller styrke mestring av aktiviteter i dagliglivet. Politisk og administrativ ledelse i kommunen må kunne forsvare satsningen på hverdagsrehabilitering når det kommer innvendinger fra brukere, pårørende eller ansatte.

2 INFORMASJON OG MOTIVERING AV BRUKERE OG PÅRØRENDE

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukerens ønsker om hvilke aktiviteter som skal mestres. Brukerens motivasjon for egen innsats er avgjørende for et vellykket resultat.

Pårørende er viktige å ha med på laget, slik at de får forståelse for nødvendigheten av trening og ikke har forventninger om hjelp som egentlig passiviserer. Det er viktig at kommunen får til en god dialog med brukere og pårørende helt fra starten av. I mange kommuner ligger dette ansvaret til et bestillerkontor eller en forvaltningsenhet.

3 RESSURSER TIL INTENSIV INNSATS I EN PERIODE

Selv om ett av siktemålene er å spare ressurser på sikt, er det behov for ekstra ressursinnsats ved oppstart. Teamet og samarbeidsrutiner må etableres. Det tar lenger tid å trene brukere enn å gjøre jobben for dem.

4 HOLDNINGS- OG KULTURENDRING

Hverdagsrehabilitering innebærer et nytt tanke sett som krever en omstilling i arbeidsmåten. Medarbeidere venner seg til å «jobbe med hendene på ryggen»: Brukerens egen innsats for å mestre skal styrkes fremfor å gjøre oppgavene for dem. For mange som lenge har hatt en hjelperrolle kan det innebære en stor omstilling. Ledere i hjemmetjenesten må sikre riktig praksis.

Tips

- Et eget informasjonsopplegg for brukere og pårørende gjerne med gode eksempler er ofte hensiktsmessig.
- Det er viktig å skape trygghet i starten og underveis i prosessen.
- God tid til samtaler i kartlegging og planlegging av prosessen er viktig for å skape motivasjon og trygghet.
- Kontinuitet i personalgruppen styrker tryggheten.

«Vi må ha is i magen – det vil si at vi må tåle at det brukes mer ressurser i en periode, for å få effekter på sikt.»

Sitat fra en kommunal leder

Mange kommuner har vært på studieturer i foregangskommuner for hverdagsrehabilitering.

En reaksjon: «I Fredericia lærte vi at vi ikke har råd til å la være å ta fatt i omstilling av pleie- og omsorgstjenestene.»

TENK PÅ:

Er vi klare for at hverdagsrehabilitering skal få lov til å bruke mer ressurser enn de tradisjonelle tjenestene i en avgrenset periode?

Hvilke ressurser og hvilken kompetanse skal og kan vi avsette til hverdagsrehabilitering hos oss?

Hvor stor vil jobben med å snu holdninger og kultur bli hos oss? Hvis den blir stor, er det kanskje et poeng å satse på noen dedikerte medarbeidere og få de gode eksemplenes makt til å fungere over tid?

Tverrfaglighet er en tidkrevende arbeidsmåte. Hvordan kan samarbeidet organiseres mest mulig effektivt? Hvem foretar kartleggings- og evalueringsbesøk hos brukerne? Hvordan skapes gode møtefora og strukturerte møter?

5 RIKTIG OG TILSTREKKELIG KOMPETANSE

Medarbeiderne i hverdagsrehabilitering besitter forskjellig kompetanse og ulik erfaring. Fysioterapeutene og ergoterapeutene har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De er derfor sentrale og fungerer som pådrivere innenfor arbeidet. Samtidig er deres kompetanse ofte mangelfull 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. I noen kommuner bidrar også andre grupper som sosionomer, vernepleiere og miljøarbeidere i det tverrfaglige teamet.

6 FORPLIKTENDE TVERRFAGLIG SAMARBEID

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.

Husk informasjon til samarbeidende instanser – bestiller-/ forvaltningsenhet, hjemmetjenesten, rehabiliteringsavdelinger, fastleger og sykehus!

7 FÅ TAK I DE RETTE BRUKERNE

Intensiv innsats i hverdagsrehabilitering er ressurskrevende. Det er derfor viktig at tilbudet må rettes inn mot personer som har nytte av innsatsen. Samarbeid og god kommunikasjon med de som henviser til tjenesten, slik som bestillerkontor, fastlege og hjemmetjenesten kan bidra til avklaringer om hvem som skal og bør inngå i målgruppen. Ofte vil det være uklarerheter både om inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og de ulike faggruppene vil ha ulikt syn på hvem som kan ha best nytte av tjenesten.

8 MÅLRETTET INNSATS OG DOKUMENTASJON

Hverdagsrehabilitering forutsetter en systematisk og målrettet tilnærming for å sikre at brukeren oppnår sine mål om mestring. Innsatsen må løpende dokumenteres og evalueres. Dette er viktig både for å kunne justere tilnærming og arbeidsmåte, og for å avslutte prosessen når målene er nådd eller når det viser seg at målene ikke kan nås.

Videre er det nødvendig å dokumentere resultater som grunnlag for læring og utvikling av tjenesten.

Tenk på



Det finnes mange redskaper som kan være nyttig i kartlegging, planlegging og dokumentasjon av hverdagsrehabilitering. Velg ut hvilke som skal benyttes og bruk disse konsekvent ved oppstart og evaluering av innsatsen. Det er ikke et mål å bruke flest mulig redskaper!

I dialogen med folkevalgte, ansatte i hjemmetjenesten og andre er det lurt å krydre statistikk med en beskrivelse av de gode historiene. Dette kan dreie seg om hvordan enkeltbrukere har opplevd prosessen og hvordan de beskriver endringene i sin livssituasjon.

Foto: Roland Fjærst



REGISTRERINGS- OG BEREGNINGSMODELL FOR HVERDAGSREHABILITERING VEILEDNING

Les rapporten og last ned beregningsmodellen på
www.ks.no/hverdagsrehabilitering

Kom i gang

RÅD

Bruk de valgte redskapene konsekvent. Bare når en bruker de samme kartleggingsmetodene for de samme brukere før og etter rehabiliteringsperioden, kan en dokumentere utviklingen.

Kommuner som ønsker å sammenligne sine erfaringer med hverandre, for eksempel i et nettverk, må avtale hvilke kartleggingsredskaper som skal benyttes.

Registrerings- og beregningsmodellen for hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i to av de sentrale målene: Støtte til egenmestring skal øke brukernes livskvalitet, og økt egenmestring skal redusere og utsette behovet for mer omfattende og ressurskrevende kommunale tjenester.

Modellen skal gi mulighet til å registrere og dokumentere utviklingen av kommunens ressursinnsats og brukernes funksjons- og mestringsnivå.

Dokumentasjonen vil være grunnlag for kommunenes systematiske utviklingsarbeid. Dette kan være både internt i kommunen eller som grunnlag for å sammenligne seg med andre, for eksempel i læringsnettverk.

MODELLEN ER DELT INN I TRE DELER:

1. REGISTRERING PÅ INDIVIDNIVÅ
2. BRUKEROVERSIKT
3. SAMMENSTILLING

1. Registrering på individnivå

1.0 REGISTRERING I BRUKERARKENE

Brukerarkene utgjør kjernen i modellen. Her registreres ressursinnsats (antall timer bistand/hjelp per uke) og resultater fra kartlegging av funksjons- og mestringsnivå for inntil 35 brukere. Modellen gir mulighet til å registrere resultater fra kartleggingsredskapene COPM, SPPB, ADL (IPLOS) og COOP/WONCA. I tillegg åpner modellen for at kommunene kan registrere brukernes svar på spørsmål om deres opplevelse, og deres tilfredshet med rehabiliteringsprosessen.

OBS! Kommunene må selv velge hvilke kartleggingsredskaper de ønsker å bruke. Modellen kan brukes selv om man ikke registrerer alle opplysninger som modellen åpner for!

1.1 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

De første opplysningene som registreres identifiserer brukeren, tidligere tjenester og dato for start og avslutning av hverdagsrehabiliteringen.

Bruker 1	
Bruker-ID:	<input type="text"/>
Navn/initialer	<input type="text"/>
Har brukeren hatt hjemmetjenester før hverdagsrehabilitering? (ja = 1, nei = 0)	<input type="text"/>
Kommer brukeren fra et sykehusopphold ? (ja = 1, nei = 0)	<input type="text"/>
Kommer brukeren fra et korttids- eller rehabiliteringsopphold ? (ja = 1, nei = 0)	<input type="text"/>
Dato for start av hverdagsrehabilitering: (dd.mm.år - f.eks. 01.03.2014)	<input type="text"/>
Dato for avslutning av hverdagsrehab.: (dd.mm.år - f.eks. 28.03.2014)	<input type="text"/>

Noen kommuner ønsker å registrere flere eller andre opplysninger.

I modellen ligger følgende muligheter:

Eventuelt andre bakgrunnsopplysninger som kommunen ønsker å registrere, f.eks.:	
Distrikt/område	<input type="text"/>
Kjønn	<input type="text"/>
Alder	<input type="text"/>
Hvor mange uker ville brukeren hatt behov for hjemmetjenester, dersom vedkommende ikke fikk tilbud om hverdagsrehabilitering?	<input type="text"/>
...	<input type="text"/>
...	<input type="text"/>

Disse opplysningene kan endres og suppleres.

OBS! Bare verdier i cellene som er markert med gult overføres til sammenstillingen, med mindre kommunen endrer formlene i sammenstillingsarket.

1.2 REGISTRERING AV RESSURSINNSATS

Ressursinnsatsen registreres som antall timer bistand eller hjelp i uken (direkte brukerrettet tid – tilstedeværelsestid).

Obs: Timeinnsats registreres med én desimal f.eks.: 1 time og 30 min = 1,5, 1 time og 20 min = 1,3, 1 time og 10 min = 1,2	Før/ved start (faktisk hjelp eller estimert innsats)	I rehab. perioden (gjennomsnittlig antall timer per uke)	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
1 Ressursinnsats - timer per uke:						
Hjemmehjelp/assistent		#DIV/0!				
Sykepleier		#DIV/0!				
Hjelpepleier/helsefagarbeider		#DIV/0!				
Psykisk helsearbeider		#DIV/0!				
Ergoterapeut		#DIV/0!				
Fysioterapeut		#DIV/0!				
Vernepleier		#DIV/0!				
Aktivitør		#DIV/0!				
Student/lærling/elev		#DIV/0!				
Andre		#DIV/0!				
Eller: Gjennomsnittlig innsats (timer per uke for alle personalgrupper samlet)		#DIV/0!				
Sum timer per uke	0,0	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0	0,0

- Kommunene kan velge om de vil fordele timeinnsatsen mellom ulike personalgrupper, eller om de vil registrere timeinnsatsen for alle grupper samlet. Men obs: Velg enten eller!
- Modellen legger opp til at innsats før/ved start av hverdagsrehabilitering, Det kan enten være faktisk antall timer som brukeren har fått hjelp, eller hvor mange timer hjelp i uken brukeren ville hatt behov for dersom vedkommende ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering (estimert innsats).
- Tidspunktene for evaluering og oppfølging er tilpasset opplegget til følgeevalueringen som Helsedirektoratet gjennomfører (hhv. 10 uker, 6 måneder og 12 måneder etter oppstart av rehabiliteringsprosessen). Kommunene kan selv velge andre evalueringstidspunkt.
- Innsatsen i rehabiliteringsperioden er basert på formler derfor fremkommer verdiene #DIV/0! i disse cellene. Hvis kommunen velger å registrere gjennomsnittlig ukentlig innsats i rehabiliteringsperioden, må cellene med #DIV/0! slettes.
- Hvis kommunen imidlertid ønsker å registrere timeinnsatsen for hver uke i rehabiliteringsperioden, kan tabellen på neste side benyttes. Gjennomsnittlig ukentlig innsats overføres da til cellene #DIV/0!

Til løpende registrering av direkte brukerrettet tid i rehabiliteringsperioden:

Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11	Uke 12	Snitt per uke
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!

Hjelpetabellen for ukentlig registrering av brukerrettet tid i rehabiliteringsperioden gir mulighet til å registrere innsatsen i inntil 12 uker. Modellen beregner gjennomsnittlig innsats per uke automatisk.

Vær oppmerksom på



- Ukentlig innsats kan fordeles mellom de samme personalgruppene som i tabellen på side 24, eller registreres samlet for alle personalgrupper. Slett alle celler i kolonnen «Snitt per uke» som etter avsluttet rehabiliteringsprosess fremstår med verdien #DIV/0!
- I rehabiliteringsperioden må det legges inn en verdi i alle kolonner.
- Hvis eksempelvis fysioterapeuten ikke har vært inne hos brukeren i uke 2 i prosessen, må verdien «0» legges inn, ellers blir gjennomsnittlig antall timer per uke feil.
- Verdien «0» må ikke legges inn etter avsluttet rehabiliteringsperiode.
- For en bruker som har fått hverdagsrehabilitering i 6 uker, betyr det at alle celler for ukene 6 og utover skal være tomme (uten noen verdier).

1.3 REGISTRERING AV FUNKSJONS-/ MESTRINGSNIVÅ

Brukerarkene gir mulighet for å registrere kartleggingsresultater for brukerne av hverdagsrehabilitering før og etter avslutning av perioden, og ved evalueringstidspunkter.

BRUK AV KARTLEGGINGSREDSKAPER – COPM, SPPB, ADL, COOP/WONCA, ELLER ANDRE REDSKAPER

I modellen som legges ut, inngår de redskapene som prosjektet fant brukt i flest kommuner. For COPM, SPPD og ADL er det lagt inn formler for samlet funksjons-/mestringsnivå i modellen.

Noen kommuner bruker andre kartleggingsredskaper enn de som er lagt inn som en fast mulighet i modellen. Kommunene som har faste rutiner med bruk av andre kartleggingsredskaper kan innarbeide dette i brukerarkene eventuelt som erstatning for redskaper (linjer og celler) som allerede ligger i modellen.

Mulighetene for hva det er mulig å registrere blir gjerne overveldende. En oppfordring til den enkelte kommunen er derfor: Velg hva dere synes er viktig å registrere og dokumentere – og gjør det konsekvent for deres brukere.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

I en COPM-kartlegging prioriterer brukeren de 5 viktigste aktivitetene i sitt liv. For hver av disse aktivitetene gir brukeren en vurdering av hvor godt den kan utføres, og hvor tilfreds vedkommende er med sin evne til å utføre denne aktiviteten.

SPPB (Short Physical Performance Battery)

SPPB er en standardisert test med tre elementer: statisk balanse, gangfunksjon og evne til å reise seg.

ADL-kartlegging iht. IPLOS (Activities of Daily Living)

ADL-kartleggingen innebærer at brukernes funksjonsnivå vurderes i forhold til 15 funksjoner som er viktige i dagliglivet. Alle kommuner skal registrere ADL-nivå for brukerne av helse- og omsorgstjenester (jf. «IPLOS-forskriften»).

Fleire kommuner har kommentert at ADL-verdiene som de får frem i deres egne opplysninger ikke stemmer overens med ADL-gjennomsnittet som beregnes i modellen. Dette skyldes at IT-systemene i kommunene beregner gjennomsnittlig ADL-nivå som et aritmetisk gjennomsnitt. Det betyr at alle funksjoner betyr like mye. SSB har laget en gjennomsnittsberegning som skiller mellom de ulike funksjonene. Svikt i noen av funksjonene har større betydning for hjelpebehov, enn svikten i andre funksjoner.

I modellen legges SSBs vektete gjennomsnitt til grunn. Dette krever imidlertid at det registreres verdier for alle funksjoner i modellen. Alternativt kan kommunene registrere gjennomsnittlig funksjonsnivå som fremkommer i deres pleie- og omsorgssystem.

COOP/WONCA

I COOP/WONCA registreres brukerens egen opplevelse av fysisk form, følelsesmessige tilstand, daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter de siste to ukene, om helsen har blitt bedre eller dårligere i de siste to ukene, samt en samlet vurdering av egen helsetilstand.

1.4 BRUKERNES OPPLEVELSE OG TILFREDSHET

Modellen gir mulighet til å registrere brukernes svar på spørsmål om opplevelse og tilfredshet med rehabiliteringsprosessen. Kommunene kan selv endre formuleringene i disse spørsmålene.

EKSEMPEL PÅ REGISTRERING AV SCORE OG SPØRSMÅL OM TILFREDSHET

	Før/ved start	I rehab. perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
3 SPPB:						
Score statisk balanse						
Score 4m gangtest						
Score reise/sette seg x 5						
Samlet score	0		0	0	0	0

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
6 Tilfredshet med rehab.prosessen:						
Hvor tilfreds er du med støtten du fikk i hverdagsrehabiliteringen? Skala fra 1 (lite tilfreds) til 5 (svært tilfreds)						
Mestrer du de aktivitetene som du ønsket å få til i større grad etter rehabiliteringen? Skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad)						
Har du klart å opprettholde aktivitetene etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet? Skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad)						
Eventuelt andre/flere spørsmål (f.eks.SOC-13)						
...						

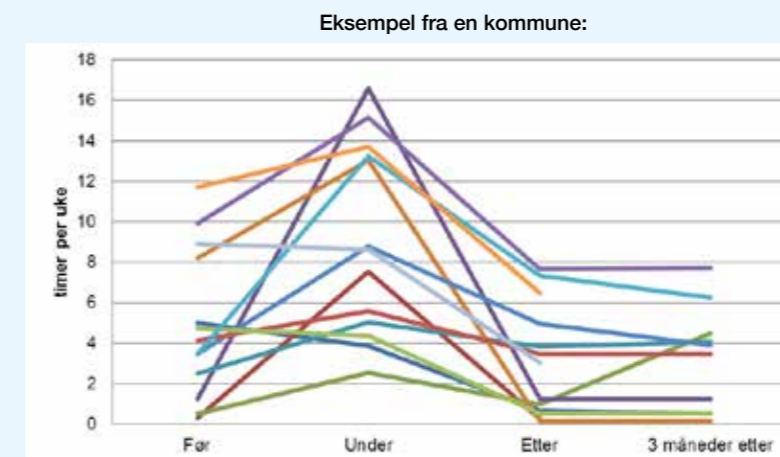
2. Brukeroversikt

Arkfane 2 i modellen inneholder en brukeroversikt. Den gir en samlet oversikt over inntil 35 brukere av hverdagsrehabilitering. I tillegg til bruker-ID og navn/initialer, kan det f.eks. være aktuelt å registrere kjønn, alder, diagnose eller lignende.

Brukernr.	Bruker-ID	Navn/initialer	Ev. andre opplysninger:			
		
1						
2						
3						
4						
5						
...						
...						
35						

EKSEMPEL PÅ GEVINSTER VED HVERDAGSREHABILITERING

Figuren nedenfor illustrerer utviklingen i tidsbruken for 13 brukere som har mottatt hjemmetjenester i forkant av hverdagsrehabiliteringen:



Hjelp fra hjemmetjenesten før rehabiliteringsperioden var gjennomsnittlig 4,9 timer per uke. I rehabiliteringsperioden var den gjennomsnittlige innsatsen på 9,1 timer per uke. Etter avsluttet hverdagsrehabilitering mottok disse brukere 3,1 timer hjelp per uke.

For ti av brukerne ble omfanget av hjelp registrert tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering. For disse brukere er hjelpen i gjennomsnitt økt fra 3,1 timer per uke rett etter til 3,2 timer per uke tre måneder etter hverdagsrehabilitering.

Gjennomsnittlig varighet av rehabiliteringsprosessen er 60 dager. Det ble ikke funnet sammenheng mellom lengden av rehabiliteringsperioden og antall timer som brukerne får per uke, verken før, under eller etter hverdagsrehabilitering. Det betyr at det ikke nødvendigvis er de tyngste brukere som har de lengste rehabiliteringsperiodene.

Gevinsten for brukeren, i form av økt selvhjelpenhet, oppnås i løpet av rehabiliteringsperioden. For kommunen vil gevinsten, i form av redusert ressursinnsats, oppnås først etter 21 uker etter avsluttet rehabilitering i dette eksempelet.

3. Sammenstilling

Alle opplysninger fra gule celler i brukerarkene overføres til den første arkfanen i modellen – Sammenstilling. Her illustreres hvordan denne sammenstillingen ser ut, med data for syv brukere. Illustrasjonen er forenklet.

- For timeinnsats og kartlegginger av funksjons-/mestringsnivå ligger tre evalueringstidspunkter i modellen. I illustrasjonen vises bare en evaluering etter 6 måneder.
- I tillegg til COPM, SPPB og ADL som vises i illustrasjonen, ligger også COOP/WONCA og brukernes svar på tre spørsmål i modellen.

Bruker	Før hverdagsrehabilitering har brukeren hatt:			Hverdagsrehabilitering			Timeinnsats per uke			
	hjemmetjenester	sykehusopphold	korttids-/rehab. opphold	Avsluttet rehab. periode? (1=avsluttet, 0=ikke avsluttet)	Rehab. periode (antall dager)	Samlet antall timer bistand i perioden	Før start (faktisk hjelp eller estimert)	I rehab. perioden	Ved avslutning	6 måneder etter oppstart
1	1	0	0	1	49	35,0	2,5	5,0	0,5	0,5
2	0	0	1	1	26	21,7	4,0	5,8	0,5	0,5
3	0	0	1	1	19	16,3	4,0	6,0	0,0	0,0
4	0	1	0	1	58	49,7	4,0	6,0	1,0	0,5
5	1	0	1	1	119	132,6	6,0	7,8	3,0	1,5
6	0	0	0	1	19	9,5	1,5	3,5	0,0	
7	1	0	0	1	28	22,0	3,0	5,5	1,0	1,0
...										
Antall	3	1	3	7						
Gjennomsnitt					45	41,0	3,6	5,7	0,9	0,7

Tallene for de syv brukere illustrerer hva modellen kan dokumentere. Tre av brukerne har hatt hjemmetjenester, én er utskrevet fra sykehus og tre fra korttids-/rehabiliteringsopphold før hverdagsrehabilitering. En av brukerne (bruker 4) har ikke mottatt noen tjenester før vedkommende fikk tilbud om hverdagsrehabilitering. En av brukerne (bruker 5) har hatt både hjemmetjenester og korttids-/rehabiliteringsopphold.

Både lengde på rehabiliteringsperioden og innsatsen i perioden varierer betydelig mellom de syv brukerne. I snitt var rehabiliteringsperioden 45 dager med ressursinnsats på 41 timer.

Før start ble det anslått at brukerne ville hatt behov for gjennomsnittlig 3,6 timer hjelp i uken. I rehabiliteringsperioden var den gjennomsnittlige innsatsen på 5,7 timer per uke. Etter avslutning fikk de syv brukerne gjennomsnittlig hjelp i 0,9 timer i uken. To av brukerne (brukerne 3 og 6) klarer seg uten hjelp etter hverdagsrehabilitering. For seks av brukerne er det gjennomført en ny kartlegging seks måneder etter hverdagsrehabiliteringen. Ressursinnsatsen er for disse ytterligere redusert.

COPM-kartlegging						SPPB-kartlegging			ADL-kartlegging (IPLOS)		
Ved oppstart		Endring i score fra oppstart til avslutning:		Score 6 måneder etter oppstart		Samlet score ved start	Endring i samlet score fra start til avslutning	Score 6 måneder etter oppstart	Gjennomsnittlig ADL-nivå ved oppstart	Endring i gjennomsnittlig ADL-nivå fra start til avslutning	ADL-nivå 6 måneder etter oppstart
Utførelse	Tilfredshet	Utførelse	Tilfredshet	Utførelse	Tilfredshet						
2,5	2,5	4,0	4,0	6,0	7,0	4	6	10	2,4	-0,6	1,9
4,0	3,0	3,0	5,0	6,0	7,0	6	4	9	2,1	-0,2	1,9
3,0	3,0	5,0	4,0	7,0	7,0	3	4	7	1,9	0	2
4,0	4,0	3,0	4,0	7,0	8,0	2	4	5	1,9	-0,2	1,7
3,0	2,0	4,0	6,0	7,0	7,0	1	3	6	2,2	-0,4	1,7
4,0	3,0	2,0	4,0			3	3		1,9	-0,1	
4,0	4,0	4,0	3,0	6,0	6,0	3	4	5	2,1	0	2,2
3,5	3,1	3,6	4,3	6,5	7,0	3,1	4,0	7,0	2,1	-0,2	1,9

Ved oppstart hadde brukerne en gjennomsnittlig COPM-score for utførelse på 3,5 og for tilfredshet på 3,1. Alle brukere forbedret scoren fra start til avslutning av rehabiliteringsprosessen. Økningen i score for utførelse er på gjennomsnittlig 3,6 og for tilfredshet på 4,3. For de seks av brukerne som er retestet etter 6 måneder er resultatene fortsatt betydelig bedre enn ved starten av rehabiliteringsprosessen.

SPPB-kartleggingen viste en gjennomsnittlig samlet score på 3,1 ved start. Dette ble forbedret med fire poeng i løpet av rehabiliteringsprosessen. For de seks brukerne som er retestet etter seks måneder er score i all hovedsak opprettholdt.

Også ADL-kartleggingen viser en forbedring med gjennomsnittlig 0,2 poeng fra et gjennomsnitt på 2,1 før rehabiliteringsperioden. De seks brukerne som er retestet etter seks måneder har opprettholdt dette funksjonsnivået.

Postadresse: Postboks 1378 Vika, 0114 Oslo
Besøksadresse: Haakon VII's gt. 9, 0161 Oslo

Telefon: 24 13 26 00

ks@ks.no
www.ks.no

Fürst og Høverstad ANS
Jac. Aallsg. 25B
0364 Oslo