Hverdagsmestring og hverdags-rehabilitering

Ved prosjektgruppe "Hverdagsrehabilitering i Norge"
Nils Erik Ness, prosjektleder, Norsk Ergoterapeutforbund
Toril Laberg, Norsk Ergoterapeutforbund
Malene Haneborg (Eline Rygh fom 06.sept), Norsk Fysioterapeutforbund
Randi Granbo, Norsk Fysioterapeutforbund
Lise Færevaag, Norsk Sykepleierforbund
Hege Butli, Norsk Sykepleierforbund

ergoterapeutene

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

1912 - 2012

NORSK FYSIOTERAPEUT-FORBUND

28.09.2012

"Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen.

Den skapes av forestillingen om at omsorg
ikke kan gjøres annerledes enn i dag"

Kåre Hagen (Arendalkonferansen 2011)

Innhold

Innhold 2
Innledning 3
Styringsgruppas anbefalinger 4
Arbeidsmetode 5
Nødvendige endringer i helse- og omsorgstjenesten 7
Begrepsavklaringer 9
Helsefremming, forebygging og rehabilitering 9
Hverdagsrehabilitering i Sverige 11
Hemrehabilitering 11
Vardagsrehabilitering 11
Specifik rehabilitering 11
Hverdagsrehabilitering i Danmark 12
Hva kjennetegner hverdagsrehabilitering? 14
Hverdagsmestring – et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett 16
Hverdagsmestring 16
Hvorfor hverdagsmestring? 18
Eldre vil delta og være aktive 18
Bryte stereotypier og aldersdiskriminering 18
Forstå samspillet mellom personens funksjon og omgivelsene 18
Aktivitet bevarer helse 19
Hindre hjelpefeller og standardpakker 19
Rett tiltak - på rett sted - til rett tid 19
Økt egenmestring 19
Tidlig intervensjon 20
Reservekapasitet og automatisering av vaner 21
Politisk og administrativ forankring 22
Hverdagsrehabilitering som arbeidsform 23
Målgruppe 23
Prosjekt eller fast ordning? 24
Felles ledelse og tverrfaglig samarbeid 25
Samarbeid med kommunelege/fastlege 25
Sammensetting av arbeidsteam 25
Kartlegging og dokumentasjon 27
Tidsramme 28
Oppgaveorientert tilnærming 28
Opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenestene 29
Fagressurser og økonomi 31
Suksesskriterier 33
Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger 33
Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse 33
Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende 33
Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål 34
Avslutning 35
Referanser 36
Vedlegg 40

Innledning

Norske kommuner står overfor store utfordringer innen helsetjenesten i årene som kommer:

- Fremme helse, aktivitet og deltagelse hos en større andel eldre
- Forebygge livsstilssykdommer
- Gjennomføre Samhandlingsreformen
- Gjennomføre holdningsendring i befolkningen og helsetjenesten fra behandling- og kompenserende kultur til mestringskultur.

På bakgrunn av dette har Norsk Ergoterapeutforbund initiert prosjektet "Hverdagsrehabilitering i Norge". Prosjektet er støttet økonomisk av Helse- og omsorgsdepartementet. I tildelingsbrevet vil departementet støtte "et grunnlag som kan forberede forsøk, utvikling og utbredelse av gode modeller for hjemmerehabilitering i de kommunale omsorgstjenestene."

Det er etablert en *styringsgruppe* med:

- Kari Hesselberg, fagsjef KS (Vara: Une Tangen, rådgiver KS)
- Solveig Kopperstad Bratseth, nestleder Norsk Sykepleierforbund
- Eilin Ekeland, leder Norsk Fysioterapeutforbund
- Nils Erik Ness, nestleder Norsk Ergoterapeutforbund
- Arve Sigmundstad, generalsekretær Norsk Ergoterapeutforbund

Styringsgruppa har presisert sine anbefalinger på side 5 i rapporten.

Denne rapporten er utarbeidet av ei *prosjektgruppe* som består av:

- Lise Færevaag, Norsk Sykepleierforbund
- Hege Butli, Norsk Sykepleierforbund
- Malene Haneborg, (Eline Rygh fom 06.sept), Norsk Fysioterapeutforbund
- Randi Grandbo, Norsk Fysioterapeutforbund
- Toril Laberg, Norsk Ergoterapeutforbund
- Nils Erik Ness, prosjektleder (Norsk Ergoterapeutforbund)

Rapporten er ment som et grunnlag til kommunenes forberedelse og utdyper:

- Hverdagsmestring - et forebyggende og rehabiliterende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering
- Hverdagsrehabilitering som arbeidsform

Forhåpentligvis er dette et nyttig initiativ til kunnskapsbasert hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering i Norge

Styringsgruppas anbefalinger

Styringsgruppa anbefaler videre fokus på hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform slik begrepene er beskrevet i denne rapporten. Dette vil gi kvalitativt bedre tjenester for innbyggerne og bidra til mål om en aktiv alderdom og oppfylle verdighetsgarantien.

Skal man lykkes, må det være politisk eierskap og vilje til endring av kultur i helse- og omsorgstjenesten med større vektlegging av hverdagsmestring. Det er en utfordring med ulike faglige kulturer hos rehabiliteringspersonale og pleiepersonale. Derfor er det viktig å utvikle arbeidskulturer med felles verdigrunnlag, gjensidig forståelse og respekt.

Innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering vil kreve at kommunene har en god grunnbemanning av ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Kompetansen bør styrkes på en slik måte at andre tjenester ikke svekkes. Det vil derfor være behov for statlig økonomisk støtte til igangsetting av modeller som understøtter hverdagsmestring.

Det er behov for å samle internasjonal forskning om gjennomføring, effekt og gevinster ved hverdagsrehabilitering og lignende modeller med hverdagsmestring. Det er særlig behov for sammenlignbar forskning av norske erfaringer i ulike norske kommuner. Et slikt arbeid bør støttes og koordineres sentralt.

Det vil fortsatt være viktig å opprettholde og videreutvikle fysiske og elektroniske nettverk for erfaringsutveksling innen dette feltet. Hverdagsrehabiliteringssiden på Facebook anbefales derfor videreført. I tillegg bør det utvikles og tilbys både tverrfaglig og profesjonsspesifikk opplæring i både tankesettet hverdagsmestring og arbeidsformen hverdagsrehabilitering.

Suksesskriterier for etablering av hverdagsrehabilitering kan summeres i fire punkter (se presiseringer side 34-35):

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

Arbeidsmetode

Rapporten er basert på litteratursøk, dialogkonferanse og diskusjoner i styrings- og prosjektgruppa

Litteratursøk

Det er ikke funnet vitenskapelige publikasjoner om hverdagsrehabilitering fra Norge, Sverige eller Danmark. I løpet av søket fant vi vitenskapelige publikasjoner om "Reablement" som synes å ligne hverdagsrehabilitering. Etter som dette prosjektet avgrenset inkludering av publikasjoner til Skandinavisk litteratur er litteratur om reablement utelatt. For videre utviklingsarbeid vil det være behov for grundigere litteraturgjennomgang av hverdagsrehabilitering, reablement og lignende modeller utover det som er publisert fra Skandinavia.

I løpet av perioden 1.jan. til 20.juni er det gjort søk etter rapporter, artikler og studier relatert til hverdagsrehabilitering. Søket er gjort gjennom Google Scholar. Søkeordene var *hverdagsrehabilitering og vardagsrehabilitering,* delvis også *hemrehabilitering* etter som de svenske publikasjonene også benytter dette begrepet .

Søket har gitt tilgang til erfaringsbasert kunnskap og dokumentasjon på bla utprøving av hverdagsrehabilitering i svenske og danske kommuner. Vi har funnet noen få forskningsstudier (bl.a. Gustafsson m.fl. 2010, Kjellberg 2010, Kjellberg, m.fl. 2011, Kjellberg og Ipsen 2012). Dette synliggjør behovet for mer forskning på området. I denne sammenhengen vurderte prosjektgruppa de danske og svenske erfaringene som *nyttige eksempler* for tilsvarende utviklingsarbeid i Norge.

Referansene i denne rapporten er hyperlinket og kan enkelt hentes opp (dersom rapporten leses i elektronisk utgave på nettet). En fullstendig litteraturliste med linker til fulltekstartikler finnes også på Ergoterapeutforbundet sine nettsider www.ergoterapeutene.org

Dialogkonferanse

21. juni ble det gjennomført en dialogkonferanse for kommuner som planlegger/er i gang med hverdagsrehabilitering. Konferansen ble initiert av Hverdagsrehabiliteringsteamet i Bodø og programmet ble utarbeidet av Norsk Ergoterapeutforbund. Invitasjon til dialogkonferansen gikk til 20 kommuner som hadde mottatt samhandlingsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet for etablering av hverdags-/hjemmerehabilitering eller som hadde informert Ergoterapeutforbundet om at de var i gang med planlegging eller oppstart. Dialogkonferansen vektla erfaringsutveksling med utgangpunkt i spørsmål som var sendt ut på forhånd. Tilstede på konferansen var kommunene Arendal, Bodø, Gjøvik, Harstad, Nome, Trondheim og Verdal. Konferansen var lagt opp som en kafédialog hvor diskusjoner og oppsummeringer fra gruppene ble oppsummert og referert til i denne rapporten. Prosjektgruppa deltok på konferansen.

Diskusjoner i prosjektgruppa

Prosjektgruppa har hatt fem møter (01.03, 13.04, 29.05, 06.09). I tillegg har representanter fra prosjektgruppa deltatt ved Ergoterapeutenes Vårmøte med tema Hverdagsrehabilitering 13.04 (innlegg med statsråd Navarsete og forskere fra Dansk Sundhedsinstitutet), Dialogkonferansen i Bodø og Arnedalskonferansen 2012 (med

hverdagsrehabilitering som et av hovedtemaene). Prosjektgruppa har særlig jobbet med å samle kunnskap om hverdagsrehabilitering, samt diskutert og vurdert relevansen av svenske og danske erfaringer for norske forhold.

Nødvendige endringer i helse- og omsorgstjenesten

Norge står overfor store demografiske utfordringer med økende antall eldre (Statistisk sentralbyrå 2004), der de fleste blir friske, aktive, ressurssterke innbyggere som deltar i samfunnslivet. Samtidig vil det økende antall eldre også føre til flere eldre med funksjonssvikt, mange blir skrøpelige, risikerer diabetes, kreft, lidelser i hjerte-kar og muskel-skjelett samt psykisk uhelse og demens. (Folkehelseinstituttet 2010)

Helsefremming, forebygging og rehabilitering har vært en lovpålagt oppgave for kommunene siden kommunehelseloven ble innført i 1994. Betydningen av aktiv omsorg tydeliggjøres i St.meld. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* allerede i 2007, og i *Omsorgsplan 2015*.

Aktiv aldring, rehabilitering og helsefremming er nå særlig aktualisert i Norge med Samhandlingsreformen og nye lover f.o.m. 2012. Samhandlingsreformen utfordrer helse- og omsorgstjenestene til å sette inn *rett tjeneste til rett tid og på rett sted,* noe som vil kreve at kommunene blir enda bedre på tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats i nærmiljøet. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten (2012) viser at det ikke har vært mulig å registrere en styrking av rehabiliteringsfeltet siden 2005.

Økende andel eldre i befolkningen er imidlertid ikke bare et norsk fenomen, men noe vi deler med store deler av verden i og utenfor Europa. Tiltak for å bevare helse og aktivitet for en aldrende befolkning vil bli stadig mer aktuelt de neste årene. Verdens helseorganisasjon (WHO 2012) vektlegger "Active aging" med egne program, nettsider og publikasjoner. EU har også valgt 2012 som året for "Active aging" med særlig innsats på tre områder; lengst mulig i arbeidslivet, deltagelse i samfunnet og selvstendig liv (EU 2012).

Hverdagsrehabilitering kan være et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og aktiv alderdom. Dette har vært utprøvd i Sverige siden 1999 (Månsson 2007). I Danmark er samtlige 98 kommuner i gang med å etablere en eller annen form for hverdagsrehabilitering. Både i Danmark og Sverige inkluderer dette en omlegging av hjemmetjenestene og en bevisstgjøring av et forebyggende og rehabiliterende tankesett.

I Norge ble begrepet hverdagsrehabilitering for alvor kjent i løpet av 2011/12. Begrepet er bla annet nevnt i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg og er benyttet i det politiske ordskiftet. Arendalskonferansen valgte hverdagsrehabilitering som tema både i 2011 og 2012. Interessen for temaet har vært enorm, og Norsk Ergoterapeutforbund har mottatt henvendelser fra rundt 50 enkeltkommuner og 6 samarbeidende kommuner (ca 30-40 kommuner) for råd, veiledning og mer informasjon (perioden 01.01-24.09.2012). Flere kommuner har på kort tid kommet i gang med planlegging, utprøving eller etablering av sine modeller for hverdagsrehabilitering.

Den store interessen og raske utviklingen synliggjør et behov for nasjonal koordinering og støtte til utviklingen av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering i Norge, tilsvarende den satsningen som nå initieres av Socialstyrelsen i Danmark (ref.). Det er behov for forskning og dokumentasjon av endring og effekt på:

- brukernes tilfredshet, livskvalitet og funksjon

- medarbeideres og pårørendes tilfredshet
- økonomiske forhold ved etablering av hverdagsrehabilitering.

Det er også behov for å dokumentere erfaring og utprøving av ulike modeller, verktøy og arbeidsformer tilpasset behovet i norske kommuner.

Begrepsavklaringer

Selv om flere kommuner har satt i gang prosjekter med hverdagsrehabilitering er hverdagsrehabilitering som begrep ikke benyttet i *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (2011), heller ikke i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (2011). Hverdagsrehabilitering kan sees som en arbeidsform i samsvar med lovens intensjoner og definisjon av rehabilitering.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har følgende formålsparagraf (§ 1):
Kommunen har ansvar for å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Helsefremming, forebygging og rehabilitering

Det skilles ofte mellom helsefremmende arbeid som er rettet mot hele befolkningen og forebyggende arbeid som er rettet mot befolkningsgrupper eller personer med antatt helserisiko. I proposisjon 91 (2010-2011) benyttes Helsedirektoratets forståelse; helsefremming er:

> *" det offensive, proaktive arbeidet, som innebærer å skape et godt grunnlag for befolkningens helse, mens sykdomsforebygging kan forstås som en mer defensiv tilnærming, som innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom oppstår". (Helsedirektoratets rapport: "Folkehelsearbeid – veien til god helse for alle 2010).*

I det praktiske folkehelsearbeidet vil innsatsen langs de to aksene utfylle og overlappe hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil ha en sykdomsforebyggende effekt og det meste av det som gjøres innen sykdomsforebygging styrker og fremmer helsen. Proposisjonen skiller mellom:

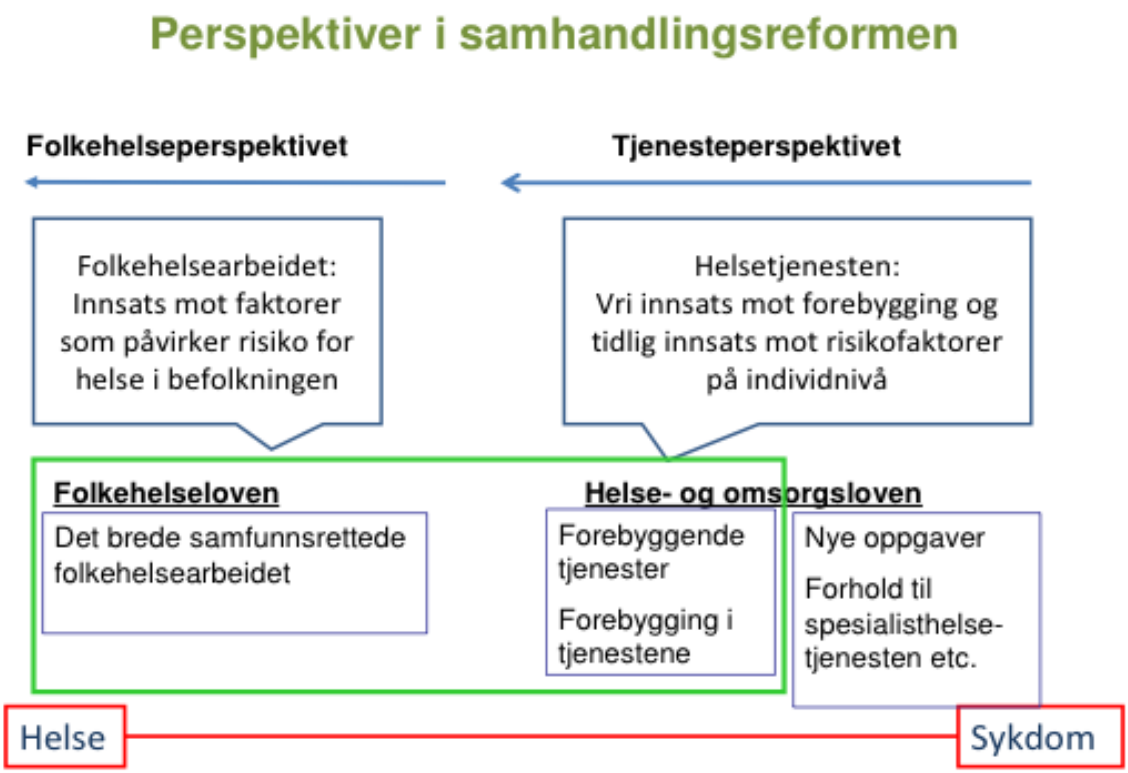
- Primærforebyggende arbeid (som) innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår.
- Sekundærforebyggende arbeid (som) har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet. Det som kalles tidlig intervensjon vil være sekundærforebyggende tiltak.

- Tertiærforebyggende arbeid (som) tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare.

Rehabilitering kan være vanskelig å skille fra tertiærforebyggende virksomhet, men har egen definisjon i *Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2:*

> *"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*

Helsedirektoratet har følgende illustrasjon i sitt drøftingsnotat (sept 2011) om Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behovet for kompetanse i kurs og utdanningstilbud:



Illustrasjonen viser de to hovedperspektivene i samhandlingsreformen; folkehelseperspektivet og tjenesteperspektivet, dessuten at innsatsen skal vris i retning forebygging og helsefremming. I lys av dette kan vi se hverdagsrehabilitering som en del av kommunens initiativ til utvikle nye forebyggende tjenester, men også som et bidrag for å oppnå mer forebygging i de etablerte tjenestene.

Stikkord kan være tidlig innsats, forebyggende og rehabiliterende tjenester som kommer inn under Helse- og omsorgsloven.

Hverdagsrehabilitering i Sverige

Hverdagsrehabilitering ble etablert i Østersund kommune i 1999, og senere beskrevet i læreboka "Hemrehabilitering, vad, hur och för vem?" (Månsson 2007).

Den svenske litteraturen skiller mellom hemrehabilitering, specifik rehabilitering og vardagsrehabilitering, selv om dette skillet ikke er brukes konsekvent i svenske publikasjoner.

Hemrehabilitering

Hemrehabiltering benyttes som et overordnet begrep som omfatter ulike arbeidsformer og tiltak. Månsson (2007) mener hemrehabilitering er innsats i innbyggernes hjem og nærmiljø. Hemrehabilitering handler like gjerne om å utvikle og gjenvinne funksjon- og aktiviteter etter en sykehusinnleggelse som å vedlikeholde eller hindre reduksjon av funksjon ifølge Månsson. Gustafsson m.fl. (2010) mener begrepet hemrehabilitering "innebär en tidig och samordnad rehabilitering och består av träning av vårdtagares motoriska funktion och ADL i hemmiljön. Denna form av rehabilitering startas så tidigt som möjligt efter utskrivningen från slutenvården och utformas genom samverkan mellan olika yrkesgrupper" (s 16)

Hemrehabliteirng, inkluderer ulike tjenester særlig "specifik rehabilitering" og "vardagsrehabilitering"(Månsson 2007, Gustafsson m.fl. 2010):

Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering innebærer at ergo- og fysioterapeuter veileder pleie- og hjemmepersonalet til ikke å ta over de funksjoner den enkelte har, men støtter innbyggernes ressurser og deltakelse i hverdagssituasjoner. Denne type tverrfaglig samarbeid er ofte forankret i hjemmetjenesten, men med felles tankesett om å fremme mestring i hverdagen.

Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering er tidsavgrensede og målrettede tiltak som utføres av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Den inkluderer mer utdypet kunnskap om sykdom, skade, behandling og trening enn vardagsrehabilitering (Månsson 2007, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) og Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) 2011), og har ofte sin forankring i kommunens rehabiliteringstjeneste.

I et felles Manifest "Ättestupa eller folkhälsomål" (2011) fra Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter og Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund presiseres betydningen av specifik rehabilitering Det advares mot å erstatte spesifikk rehabilitering gitt av ergo- og fysioterapeuter med generelle tiltak i hverdagsrehabilitering. Det svenske Manifestet (FSA og LSR 2011) sier følgende:

> *" Möjligheten att få specifik rehabilitering är många gånger en bristvara inom äldrevård och äldreomsorg och eftersom specifik rehabilitering inte kan likställas med vardagsrehabilitering så får det stora negativa konsekvenser för de mest sjuka äldre."*

Flere svenske rapporter tydeliggjør at hverdagsrehabilitering inkluderer utvikling av et helsefremmende , forebyggende og rehabiliterende tankesett, og krever bevisstgjøring

og opplæring av hjemme- og pleiepersonell (Grahn 2009, Johansson og Sundqvist 2009, Hallin m.fl. 2011).

Hverdagsrehabilitering i Danmark

Fredericia kommune hentet sin forståelse fra Østersund (Månsson 2007, Kjellberg m.fl. m.fl) og beskriver hverdagsrehabilitering som en innsats som:

- ytes i borgerens eget hjem eller nærmiljø.
- har til formål at borgeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå.
- tar utgangpunkt i hjemmetjenesten
- har hjemmetjenestens personale som basis, ergo- og fysioterapeuter er "motor" og sykepleiere/hjemmepleieledere er samarbeidspartnere

Det er de siste to punktene som skiller hverdagsrehabilitering fra tradisjonell rehabilitering i kommunene.

En av grunnene til at hverdagsrehabilitering er kjent som "Fredericia-modellen" er at kommunen gjorde avtale med Dansk Sundhedsinstitut om å dokumentere etablering av hverdagsrehabilitering fra begynnelsen. Dette har gitt verdifull dokumentasjon av erfaring for andre kommuner som har etablert tilsvarende modeller (Kjellberg m.fl. 2010, 2011, 2012).

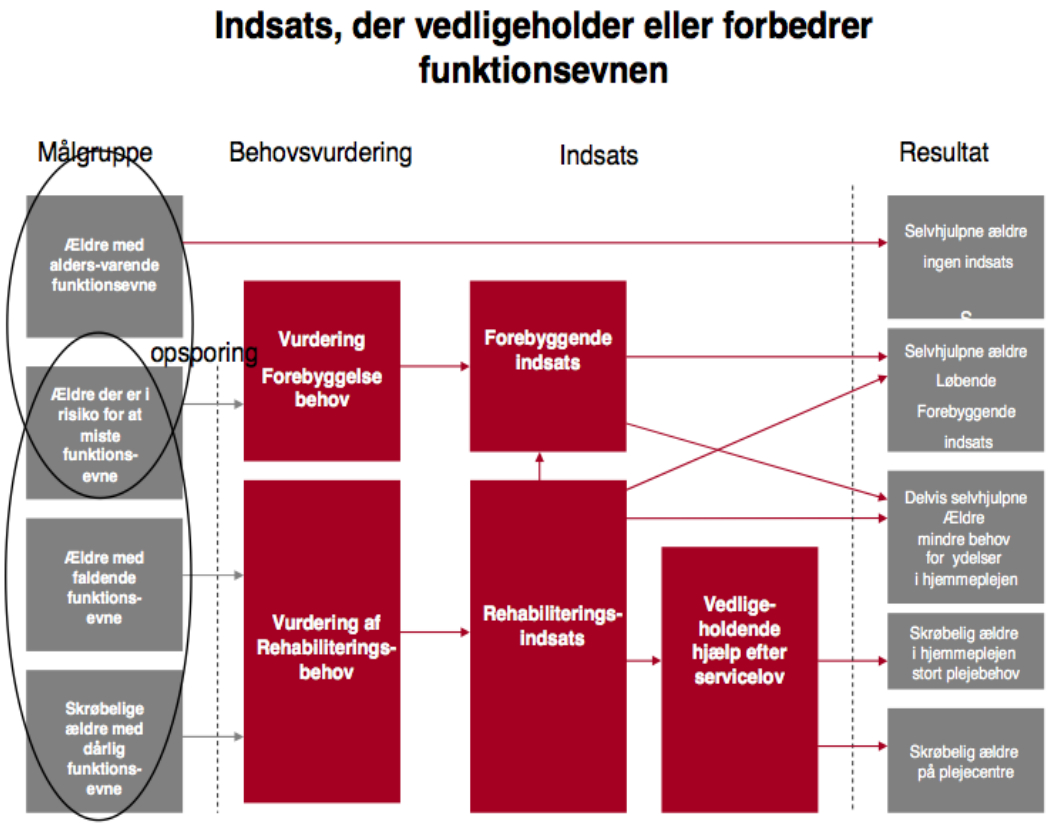
Dansk Sundhedsinstitutt (Kjellberg m.fl. 2011, s. 6) sier at hverdagsrehabilitering skiller seg fra tradisjonell "hjemmepleje" på en rekke punkter:

- *Formål: Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje tager udgangspunkt i de mål, der er formuleret af kommunen med afsæt i borgerens rettigheder (eksempelvis hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der er formuleret af borgeren med afsæt i COPM[1] (eksempelvis at kunne gå i byen og handle).*
- *Fokus: Hvor medarbejderne i den almindelige hjemmepleje er optaget af at løse opgaver for borgerne, er medarbejderne i hverdagsrehabilitering optaget af at hjælpe borgerne til at klare opgaverne selv.*
- *Tid: Hvor tidsforbruget i den almindelige hjemmepleje er konstant og evt. stigende over tid, er tidsforbruget i hverdagsrehabiliteringen kendetegnet ved, at der bruges meget tid i starten, hvorefter tidsforbruget falder, indtil borgeren ideelt set afsluttes fra hjælpen.*
- *Justering: Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje er præget af gentagen løsning af samme opgave, er arbejdet med hverdagsrehabilitering kendetegnet ved et løbende krav om justering af mål og delmål, idet borgerens færdigheder udvikles, og hjemmeplejens indsats skal tilpasses herefter.*

Studier av Fredericia-modellen dokumenterer forskjellen mellom rollen som hjemme*hjelper* og hjemme*trener* (Kjellberg m.fl. 2011). Studien viser eksempler på "hjelpefeller" hvor den tradisjonelle hjemmetjenesten bidrar til at de eldre passiviseres i. Opplæring til hjemmetrenere under veiledning av ergoterapeuter og fysioterapeuter bidrar til å understøtte mestring og selvstendighet.

[1] COPM: Canadian Occupational Performance Measure; Kartlegging av hvilke aktiviteter den enkelte

En eller annen form for hverdagsrehabilitering er nå etablert i alle danske kommuner. Vi merker oss at Socialstyrelsen i Danmark har tatt initiativ til systematisk litteraturgjennomgang og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Socialstyrelsen i Danmark ønsker å kvalitetssikre innholdet i "hverdagsrehabilitering" da de ser at det finnes mange versjoner og målgrupper. Socialstyrelsen har i sin *Prosjektbeskrivelse til kvalificering og afprøvning af en rehabiliteringsmodel på ældreområdet* (2012) en illustrasjon som viser at eldre som er i risiko for å miste funksjonsevne skal tilbyes forebyggende aktiviteter, mens eldre med fallende eller dårlig funksjon skal tilbyes rehabilitering. Med utgangpunkt i denne modellen kan en beskrive hverdagsrehabilitering i grenselandet mellom rehabilitering og forebygging, avhengig av hvilken målgruppe en jobber med. Modellen kan være til hjelp i å synliggjøre målgruppene kommunene eller helse- og omsorgsdepartementet ønsker satsning på.



Hva kjennetegner hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabiliteringsmodellene i Danmark og Sverige varierer fra kommune til kommune. Dette skjer også i Norge; ulike kommuner etablerer hverdagsrehabilitering i ulike former og med litt ulike målgrupper. Dette kan derfor forvirre ulike aktører i hjemmetjenesten, og gjøre det vanskelig å vurdere effekt eller sammenligne resultat i ulike kommuner. Prosjektgruppa har ikke funnet en entydig definisjon av hverdagsrehabilitering, men beskriver hverdagsrehabilitering med følgende kjennetegn:

Hverdagsrehabilitering ligger innen formålet for helse- og omsorgsloven. Hverdagsrehabilitering er i samsvar med den norske definisjonen av rehabilitering (Forskrift om rehabilitering og habilitering 2011); Hverdagsrehabilitering er *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider*". Dette er også *"nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*

Sentralt er brukerstyrte tiltak med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig å gjøre i hverdagslivet; Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet *Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?* Med utgangspunkt i den enkelte innbyggers mål og tverrfaglig kartlegging av forutsetninger, utarbeides mål og tiltaksplaner.

Hverdagsrehabilitering forutsetter opplæring av ansatte i hjemmetjenestene (hjemmehjelpere/pleiepersonell). I de danske og svenske publikasjonen beskrives sentrale roller for ergoterapeuter og fysioterapeuter med ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner ("motorer"). Prosjektgruppa mener at sykepleiere med rehabiliteringskompetanse har en sentral rolle i tett samarbeid med terapeutene.

Basert på danske, svenske og norske erfaringer kan hverdagsrehabilitering i tillegg kjennetegnes med at:

- den skjer på borgerens arena, i hjemmet og nærmiljøet
- vanlige hverdagsaktiviteter brukes i opptrening
- den er et tilbud for eldre, selv om det ikke er klart definert nedre aldersgrense
- den har et forebyggende perspektiv, etter som den vedlikeholder mestring av hverdagsaktiviteter
- tidlig tverrfaglig kartlegging
- intensiv innsats på tidlig tidspunkt før den enkelte har mistet betydelig funksjon

I samsvar med erfaringene i Sverige mener prosjektgruppa at generell hverdagsrehabilitering ikke kan erstattes av spesifikk rehabilitering av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kommunene vil derfor ha behov for ulike arbeidsformer, eks både ambulerende rehabiliteringsteam (innsatsteam) med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, samt hverdagsrehabilitering der hjemmetrenere med opplæring deltar under veiledning.

For å tydeliggjøre nødvendigheten av holdningsendring foreslår prosjektgruppa å skille mellom

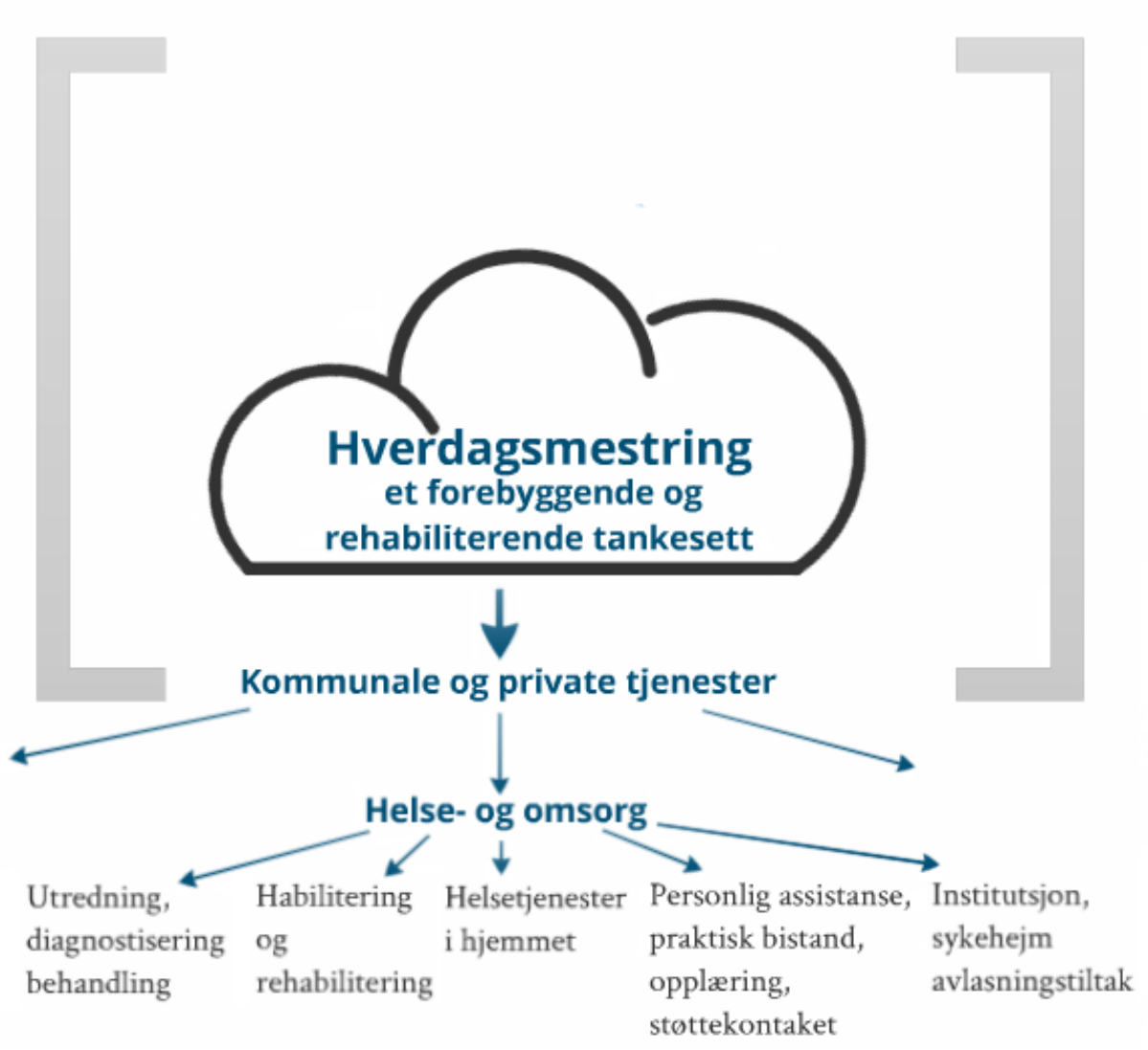
- Hverdagsmestring – som et grunnleggende rehabiliterende tankesett som styrer ulike arbeidsformer og tjenester inkludert hverdagsrehabilitering
- Hverdagsrehabilitering som arbeidsform

De neste kapitlene utdyper Hverdagsmestring som tankesett og arbeidsformen hverdagsrehabilitering

Hverdagsmestring – et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett

Hverdagsmestring

Det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering velger vi å kalle *hverdagsmestring*. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger *den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.* Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Dette tankesettet er ikke forskjellig fra tradisjonell rehabilitering og det er derfor ikke unikt for hverdagsrehabilitering. Utfordringen er å anvende dette tankesettet i en rekke kommunale og private tjenester.



Illustrasjonen viser hverdagsmestring som et felles forebyggende og rehabiliterende tankesett for ulike kommunale og private tjenester. Dette inkluderer f.eks et felles tankesett uansett faggruppe og arbeidssted; rehabiliteringstjenesten, hjemmepleie, innsatsteam, praktisk bistand, sykehjem o.a (jamfør Helse- og omsorgsloven § 3-2). Hverdagsrehabilitering kan organiseres innen ulike "søyler" både innen

hjemmetjenester, rehabiliteringstjenester eller som et samarbeid mellom ulike tjenesteområder. Uansett krever hverdagsrehabilitering et forebyggende og rehabiliterende tankesett; hverdagsmestring.

Et eksempel som illustrerer endring i retning hverdagsmestring som tankesett.

Eksempel I:

Datter til Emma Karlsen på 88 år tar kontakt med kommunen fordi hun har bekymring for om mor ikke får i seg tilstrekkelig med mat. Hun tror også at vekta har gått ned. Hun ymter frempå om ikke mor kan få matombringing.

Tradisjonell tilnærming: Matombring x 3 pr uke

Ny tilnærming:

Emmas mål er å klare seg selv.

Tverrfaglig kartlegging viser at Emmas hovedproblem er at hun ikke lenger klarer å stå ved kjøkkenbenken og lage mat. Hun har problemer med å smøre maten sin og har problemer med å flytte på kasseroller og fat med tyngde i. Det avdekkes også svimmelhet.

Mulige tiltak:

1) Kontakt med fastlegen for å utrede årsak til svimmelheten

2) Oppfølging av inntak av mat og drikke samt medisiner (sykepleier)

3). Spesifikk trening av styrke i beina og balansetrening og vurdering av hvorfor Emma ikke lenger kommer seg ut av huset vurdere behovet for gåhjelpemiddel (fysioterapeut),

4) Trene på kjøkkenaktiviteter, vurdere behov for hjelpemidler i f.h.t . matlaging og arbeidsstol på kjøkkenet (ergoterapeut)

Det tverrfaglige teamet vurderer også å sikre bad- og toalettsituasjon for Emma.

Danskene (Kjellberg m.fl. 2011) beskriver det som et paradigmeskifte å gå fra tenkningen "leve lengst mulig i eget hjem" til "leve lengst mulig i eget liv". Et paradigmeskifte kan forklares som en grunnleggende endring i å se verden på. En holdningsendring kan gi nye spørsmål og dermed nye svar; En får ulike svar dersom en spør en person *"Hva trenger du hjelp til?"* enn *"Hva kan trenes og tilrettelegges for at du skal mestre det du ønsker?"*

I likhet med Danmark hadde vi også i Norge på 70-80-tallet en omfattende omlegging av eldreomsorgen med vekt på at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Parallelt med dette foregikk en utbygging av pleie- og omsorgstjenestene. Det å kunne bo hjemme så lenge som mulig representerer ikke noe nytt. Paradigmeskiftet som vil skje med innføring av et forebyggende og rehabiliterende tankesett (hverdagsmestring) innen pleie- og omsorgstjenestene, er vektleggingen av støtte til mestring av ønskelige

aktiviteter i hverdagen fremfor å sette inn kompenserende tiltak. På denne måten vil eldre kunne bevare og vedlikeholde funksjon og helse og dermed utsette pleiebehov. Innføring av et *slikt forebyggende og rehabiliterende tankesett i pleie- og omsorgstjenestene* forutsetter en forankring i politisk, administrativ og faglig ledelse. Det vil også forutsette informasjon og opplæring av befolkningen generelt. En slik endring i tankesett kan føre til behov for organisasjonsmessige endringer, samt opplæring i det å jobbe i tverrfaglig team.

Hvorfor hverdagsmestring?

I det følgende inkluderes noen sentrale argumenter for hverdagsmestring som et rehabiliterende tankesett

Eldre vil delta og være aktive

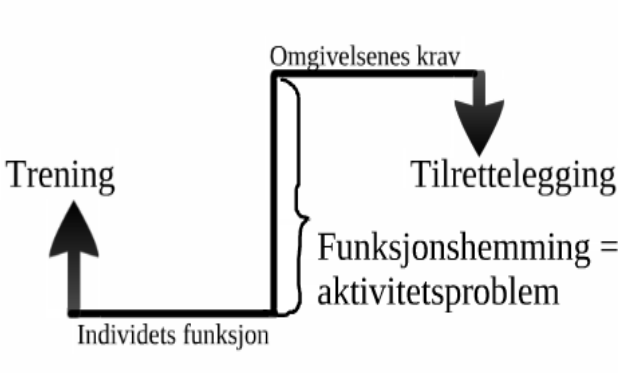
Eldre kan og ønsker å være aktive og bo hjemme lengst mulig . De fleste ønsker å kunne utføre de betydningsfulle, hverdagslige tingene og være sosiale i og utenfor hjemmet. Eldre har ressurser, og bidrar i samfunnet selv om helsa svikter. (Witsø, Ytterhus & Vik 2012). Det er grunn til å omskrive den negative begrepet "eldrebølgen" med det positive begrepet "eldrebølgekraft".

Bryte stereotypier og aldersdiskriminering

Ved åpning av den første verdenskongressen for "Healthy Aging "(Kuala Lumpur 2012) påpekte dr John Beard (Leder for WHOS avdeling for "Ageing and Life Course") betydning av holdningsendring i synet på eldre. Eldre er ressurser for samfunnet, men utsettes for aldersdiskriminering og stereotypiske forestillinger. Åhlfeldt (2007, 2009) refererer til fastgrodde og dominerende forestillinger om alderdom, der eldre antas å være svake, isolerte, initiativløse, uproduktive, syke og avhengig av hjelp; Alderdommen i seg selv ansees som "årsak" til disse plagene. Dette tankesettet, bevisst eller ubevisst, kan forlede oss til tro at funksjonsfall ikke kan forebygges eller gjenopprettes. Det er f.eks ikke alderen, men funksjon som avgjør hvilke tjenester den enkelte har behov for enten det er snakk om trening eller pleie.

Forstå samspillet mellom personens funksjon og omgivelsene

Over flere tiår har vi i Norge benyttet en relasjonell forståelse av funksjonshemming, som et misforhold mellom en persons funksjon og omgivelsens krav, ofte kalt "gap-modellen" (Lie 1989, St.meld 34 1996-97). Også WHOs International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) støtter opp om en relasjonell forståelse. Slik forståelse av funksjonshemming flytter fokuset fra en persons funksjonsnedsettelse til samspillet mellom personen og nærmiljøet. Dette innebærer at en må kjenne til hvor og med hvem den enkelte skal fungere og hvilke krav aktiviteter på de ulike arenaene stiller. Nøkkelen til løsning ligger i kombinasjon av tiltak i forhold til personens funksjon og mestring, og tilrettelegging av aktiviteter og omgivelsene.



Vik (2012) viser til studier som fremhever at sykdomsfokus på aldring ikke er tilstrekkelig for å forstå hvorfor eldre ikke deltar i aktiviteter; omgivelsene har en stor betydning for funksjon (Aygis, Gooberman-Hill & Ebrahim 2003, Knipscheer 2000).

Aktivitet bevarer helse

I Viks (2012) oppsummerende artikkel viser hun til en rekke internasjonale studier som dokumenterer hvorfor aktivitet og deltakelse er viktig for eldre. Ved aktiv deltakelse styrkes livskvalitet, livslengde, fysisk og psykisk funksjon. Eldre som deltar i fritidsaktiviteter er mindre deprimerte og får senere utvikling av demens.

Hindre hjelpefeller og standardpakker

Kjellberg m fl (2011) har observert hvor ulikt tradisjonelle hjemme*hjelpere* jobber sammenlignet med hjemme*trenere*. Tjenesten kan i seg selv bli passiviserende og dermed en "hjelpefelle" som etter hvert krever mer kompenserende tjenester i motsetning til å bevare den enkeltes funksjon. Åhlfeldt (2007, 2009) referer til "övervård" og hvordan rehabiliterende og aktiverende arbeidsform motvirkes i praksis.

Når fru Olsen ikke klarer å lage mat fordi hun ikke kommer seg i butikken, er det en hjelpfelle å få tilbud om matombringing når hun kan lage maten selv. Både holdninger og press fra pårørende, personalet og organiseringen av tjenestene kan ubevisst dytte de eldre over på passiv omsorg framfor bevaring av eksisterende aktivitet (Vik og Eide 2012a,b, Vik 2011) . Vik (2012) beskriver det som et dilemma for personalet som observerer problemet, men føler seg presset pga tid, forventninger fra pårørende og standardiserte "pakker" av kommunale tjenester som tilbys den enkelte.

Rett tiltak - på rett sted - til rett tid

Dersom en gir forebyggende og rehabiliterende tiltak der innbyggere lever og bor vil en kunne skreddersy sømløse og tverrfaglige løsninger som kombinerer trening og tilrettelegging av aktivitet og omgivelser. Treninga vil kunne foregå på sted og tidspunkt da aktiviteten naturlig skjer.

Økt egenmestring

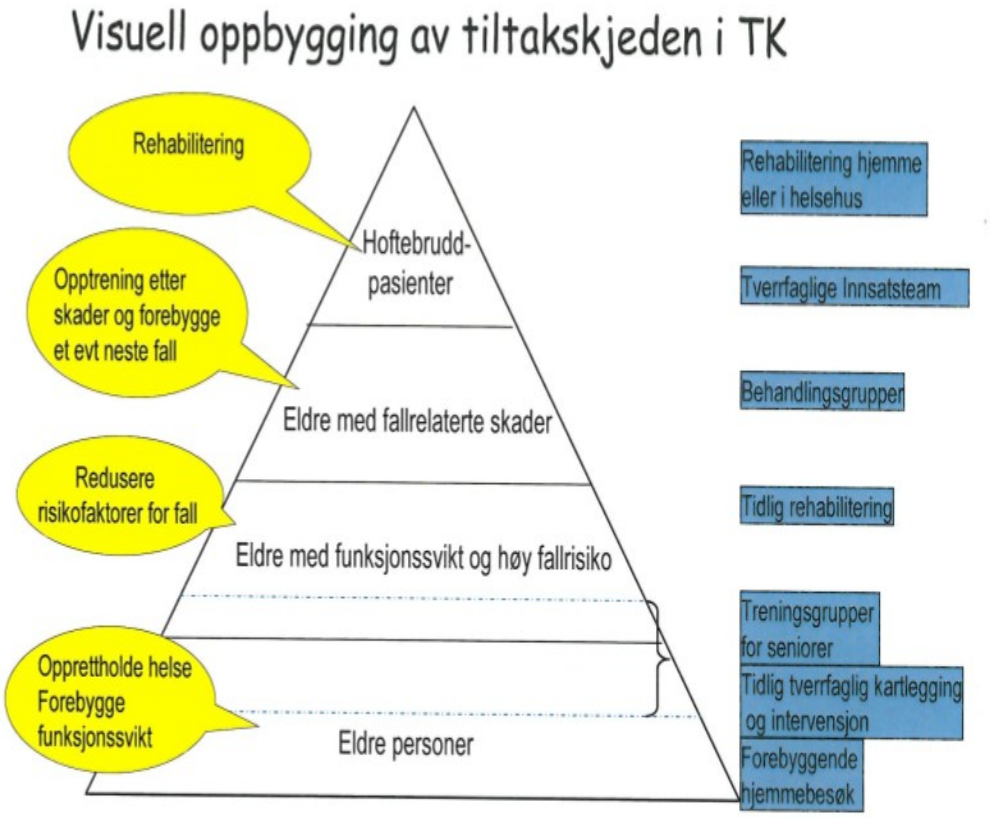
Flere rapporter dokumenter økt selvhjulpenhet med hverdagsrehabilitering. De mest kjente dokumentasjoner er fra Østersund (Månsson 2007), Fredericia (Kjellberg m.fl. 2011), tre kommuner i Kronoberg Län (Gustafsson m.fl. 2010) og Odense (Kjellberg og Ipsen 2012). Studier fra Fredericia dokumenterer at 45% blir selvhjulpne og 40% trenger mindre hjelp etter hverdagsrehabilitering . Flere andre prosjekter støtter opp om økt selvhjulpenhet, eks et pilotprosjekt fra Arendal (Gundersen 2012). Disse

studiene har målt funksjonsendring kort tid etter rehabiliteringstilbudet, det er behov for mer forskning om varighet av funksjon en tid etter den intensive innsatsperioden.

Tidlig intervensjon

Gjennomgang av statistikker og årsrapporter i Trondheim kommune har vist at innbyggere blir vurdert av kommunens ergoterapeuter eller fysioterapeuter sent i sitt pasientforløp. Manglende tverrfaglig kartlegging kan føre til at passiviserende hjemmetjenester settes inn for tidlig og uten at det foreligger vurdering av innbyggerens egen mestringspotensiale. Dette har synliggjort betydningen av både tidlig intervensjon og tidlig rehabilitering (se vedlegg 1).

To prosjekter i Trondheim har hatt fokus på å identifisere eldre mennesker på et tidlig tidspunkt som begynner å tape funksjon ev behov for et tverrfaglig rehabiliteringstilbud. I prosjektet *Tidlig intervensjon* er målet å forhindre at de kommer inn i en pleie og omsorgstjeneste med den tradisjonelle hjelpende holdning. I prosjektet *Tidlig rehabilitering* er målet å oppdage rehabiliteringsbehov hos hjemmeboende eldre på et tidligere tidspunkt. I begge prosjektene er det satt fokus på tverrfaglig kartlegging av brukers funksjon sammen med hans/hennes ønsker og behov. Tiltakene har hatt fokus på ressurser og hverdagsmestring.



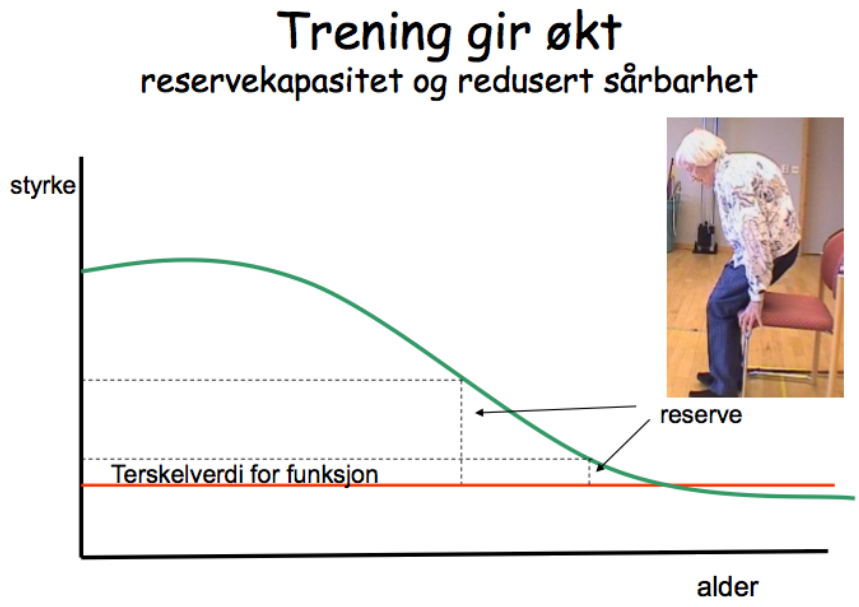
Granbo og Sand (2012) Fritt etter Gallacher (2005). SJ BOA-BGS Blue Book, Best Prac Res Clin Rheum 2005; 19:6:1081-1094

Modellen over er en modifisert utgave av en modell utgitt av British Geriatric Society (Gallacher 2005) og illustrerer tiltakskjeden i Trondheim kommune for eldre med bevegelsesvansker/falltendens/hoftebrudd. Modellen illustrerer betydningen av tidlig tverrfaglig innsats, og dermed bruk av ressurser på et tidligere stadium enn tradisjonen tilsier. I modellen er det eksemplifisert med motorisk funksjonsfall, men prinsippet kan overføres til andre typer funksjonsfall, eks kognitiv og sosial funksjonsfall.

Reservekapasitet og automatisering av vaner

Aktivitet og deltakelse er viktig for at eldre skal opprettholde funksjon (Vik 2012), samtidig er manglende reservekapasitet og sårbarhet ikke sjelden hos mange eldre. Eldre tilpasser seg, og justerer sine daglige aktiviteter i forhold til deres maximale kapasitet. Små hendelser som vi lett takler når vi har reserver, kan fort føre til funksjonstap når reservene mangler. Ofte kommer ikke dette til syne før du har nådd en terskelverdi for hva som trengs av kapasitet for å utføre en bestemt funksjon eller aktivitet i hverdagen, for eksempel påkledning og matlaging. Det er derfor av stor betydning å øke reservekapasiteten til eldre for dermed å minske risikoen for sårbarhet. Økt reservekapasitet gjør at du blir mindre sårbar for hendelser som for eksempel en kort sykdomsperiode. Dette illustreres i modellen under.

Figur om reservekapasitet eksemplifisert med styrke



Rutiner og vaner organiserer hverdagen og utløses av kjente ting og situasjoner i omgivelsene. Re-læring av aktivitetsoppgaver krever ressurser og mange gjentagelser for at en skal automatisk mestre utføring. Ved automatisering av aktiviteter kan en lettere fokusere på målet, eks hva en skal hente på kjøkkenet i stedet for å konsentrere seg om å reise seg fra stol eller holde gangbalansen. Det er nødvendig å bruke tid på å automatisere aktivitetsoppgaver etter et funksjonstap slik at disse blir del av hverdagen. (Kielhofner 2008, Schmidt og Wrisberg 2008, Ness 2011).

Politisk og administrativ forankring

Innføring av hverdagsrehabilitering vil innebære at innbyggere blir møtt på en annen måte enn tidligere, dette vil kreve innovasjon og endring i tjenestene. Politikere og administrasjon må ifølge de danske anbefalingene (Kjellberg m.fl. 2011) ha eierskap til slike endringer og være aktive pådrivere. Det skal ikke være den enkelte helsearbeider som alene må møte innbyggere som forventer helt andre tjenester; de faglige ildsjelene må ikke bli stående alene uten støtte i møte med brukere og deres pårørende. Det er samtidig viktig at det på øverste politiske og administrative nivå i kommunene avgjøres om endringene ønskes utprøvd gjennom en prosjektperiode eller om det er en omlegging av kommunens etablerte tjenester. Enten det skal utprøves som et prosjekt eller som en omlegging av tjenestene må målgruppen(e) defineres. Dersom det gjennomføres som et prosjekt, må det foreligge en prosjektplan med mål, delmål og framdriftsplan.

Vi kan merke oss at da statsråd Navarsete gikk ut i media med støtte for "kvardagsrehabilitering", ble dette godt mottatt i media og i Stortingets spørretime i den 8.februar. Dette til tross for overskrifter som "knallhardt oppgjør med den norske velferdsstaten" (Aftenposten 6.febr). Diskusjonen i Arendal bystyre 21.06.12 i sak "Struktur for mestring" (sak 123/12) er også et godt eksempel på god tverrpolitisk oppslutning om hverdagsrehabilitering, inkludert støtte fra involverte fagforeninger.

Hverdagsrehabilitering som arbeidsform

Vi beskriver her ulike praktiske aspekter i planlegging og gjennomføring av hverdagsrehabilitering basert på erfaringene fra Danmark, Sverige og norske kommuner. Det vises til referanser for utdypende kunnskap.

Målgruppe

Hverdagsrehabilitering/vardagsrehabilitering startet innen *eldreomsorgen* både i Sverige, Danmark og Norge. De ulike kommunene har likevel uklar "nedre" aldersgrense, og opererer med forskjellige målgrupper og inklusjonskriterier. Prosjektbeskrivelsen fra den danske sosialstyrelsen (2012) skiller mellom:

- Eldre med god funksjon
- Eldre med risiko for å miste funksjon
- Eldre med fallende funksjon
- Skrøpelige eldre med dårlig funksjon

Et viktig poeng er å tilby tidlig intervensjon, særlig i den gruppa eldre som er i risiko for å miste funksjon.

Felles for målgruppene er utfordringer med å mestre daglige aktiviteter i hverdagslivet av ulike årsaker; aldersforandringer, skrøpelighet, sykdom, skade, funksjonsnedsettelser eller manglende støtte og tilrettelegging i omgivelsene. Mestringsproblemene kan vise seg i hverdagsaktiviteter i fritid, PADL og IADL:

- Fritidsaktiviteter kan innebære å gå på besøk, går på kafe, stelle i hagen, kino, bibliotek og delta i organiserte fritidsaktiviteter.
- PADL (eng. Personal el. Physical Activities of Daily Living) er personnære aktiviteter i dagliglivet som personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk.
- IADL (fork. for instrumentell ADL) er mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretakelse av egen økonomi.

Selv om hverdagsrehabilitering først ble etablert innen eldreomsorgen, vil noen av utfordringene være de samme for barn, unge og voksne som erfarer funksjonshemminger eller som er i risiko for å miste funksjon. Hverdagsrehabilitering kan derfor være aktuelt for andre målgrupper enn eldre.

De fleste prosjektrapportene fra de ulike kommunene definerer inklusjonskriterier og eventuelt eksklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering. Som hjelp i daglige valg og fordeling av ressurser har noen kommuner utviklet prioriteringsordninger, eks Östersund. Eksempler på inn- og ekskluderingskriterier er beskrevet i prosjektene fra, for eksempel Växsjö (Carlsson og Gustafsson 2003), Östersund (Månsson 2007 s 63-81), Tingeruyd (Kainz 2008), Örebro (Corlin 2008), Kronoberg (Gustafsson m.fl. 2010, s 115), Fredericia (Kjellberg m.fl. 2011) , Århus (Tonnesen 2011) , Voss (Hauglum 2012),

Oppsummert kan vi si at inklusjonskriterier er

- Innbyggere i alle aldre (men oftest eldre) som risikerer eller har funksjonsnedsettelser i hverdagsaktiviteter

- Innbyggere som er motiverte og forstår instruksjon
- Innbyggere som har rehabiliteringspotensiale
- Innbyggere som bor hjemme
- Utskrivningsklare innbyggere fra sykehus eller døgnrehabilitering

Eksklusjonskriterier er personer uten rehabiliteringspotensiale, eks langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke eller demens.

NOU 2011:11 peker på faren for redusert allmenntilstand pga tre forhold som gjensidig påvirker hverandre i en "ond sirkel":

- Risiko for fall
- Sosial isolasjon
- Kognitiv svikt

Dette er forhold en særlig må være oppmerksom for å inkludere innbyggere på et tidlig tidspunkt. Uansett målgruppe vil en bred kartlegging av funksjon og vurdering av rehabiliteringspotensiale på et tidlig tidspunkt være viktig.

Prosjekt eller fast ordning?

En av utfordringene for kommunene i etablering av hverdagsrehabilitering kan være innovative løsninger for organisering av tjenesten. Det tette tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet vil kreve endringer eller justeringer av tjenestenes organisering. Vi kan merke oss at mange norske kommuner har færre innbyggere og strekker seg over større geografiske områder enn i Danmark. Dette vil påvirke hvordan hverdagsrehabilitering og lignende modeller etableres i Norge.

De ulike kommunene både i Sverige, Danmark og Norge prøver nå ut forskjellige modeller, både tidsavgrensede prosjekter og faste ordninger. De fleste svenske og danske kommuner har startet utprøving av hverdagsrehabilitering som et prosjekt, som deretter har blitt etablert som en fast ordning.

Tre ulike måter å etablere hverdagsrehabilitering /hverdagsmestring på i kommunene, kan observeres:

- Tidsavgrenset *prosjekt med hverdagsrehabilitering* for hele kommunen eller enkelte distrikt i kommunen. Tverrfaglig team med opplæring av hjemmetrenere, Målgruppen er eldre innbyggere (Eks Bodø, Voss, Stavanger)
- Etablering av *fast ordning med hverdagsrehabilitering* for eldre innbyggere som et supplement til den øvrige rehabilitering- og hjemmetjenesten i kommunene (Eks Fredericia, Østersund, Nome)
- Etablering av *Hverdagsmestring* som gjennomgående ideologi i kommunen (ev distrikt/bydel) som styrer tjenester for flere enn eldre (eks innbyggere med psykisk uhelse eller funksjonsnedsettelser). Dette er en mer omfattende modell som inkluderer pleie- og omsorgstjenesten, hjemmetjenesten, bestillerkontor, helsetjenestene, ambulante rehabiliteringsteam med mer. (Eks Odense, Arendal, Trondheim)

Felles ledelse og tverrfaglig samarbeid

Erfaringene fra Danmark og Sverige (Månsson m.fl. 2006, Månsson 2007, Kjellberg 2011) presiserer behov for en klar linje fra politisk/administrativ ledelse til faglig ledelse. Lederen for hverdagsrehabiliteringsteamene må igjen følge opp arbeidsteamene og etterspørre hvordan det går med den enkelte bruker; støtte og motivere i arbeidet. Etablering av hverdagsrehabilitering krever derfor en sterk og tydelig ledelse på tvers av etablerte tjenestesøyler og faggrupper (Kjellberg m.fl. 2012). Hverdagsrehabilitering forplikter samarbeid på en ny og likeveldig måte der yrkesgruppene må forstå og respektere hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Kommunikasjon skjer daglig i felles rom og erstattes ikke med beskjeder eller "gule lapper".

I motsetning til flerfaglighet som vi har mye tradisjon på, vil tverrfaglighet stille krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom. Et eksempel kan være at ulike fagpersoner (teamet) kan foreslå ulike løsninger på ett og samme problem på bakgrunn av sine ulike faglige kompetanser. Når det råder ulike oppfatninger på en arbeidsarena om hva tverrfaglig samarbeid er, kan dette lett føre til konflikter (Lauvås & Lauvås, 2004)

Felles begrepsforståelse og begrepsbruk er viktig i tverrfaglig samarbeid. WHOs (2001) International classification of function, disabilty and health (ICF) anbefales her som et nyttig redskap. ICF inkluderer ulike helseaspekter som kroppsfunksjon, kroppsstruktur, aktivitet og deltagelse, samt faktorer i omgivelsene. ICF er godt innarbeidet i norsk rehabiliteringstjeneste, men kanskje ikke innen pleie- og omsorg. Flere tverrfaglige lærebøker kan her anbefales (eks Lauvås & Lauvås 2004, Bredland, Linge 2011, Solvang og Slettebø 2012).

Samarbeid med kommunelege/fastlege

Dialogkonferansen rapporterte om ulike erfaringer i samarbeid med fastlegene. Der dette samarbeidet fungerer godt, er fastlegene en viktig henvisende instans til hverdagsrehabilitering; Fastlegene har en unik mulighet til å identifisere innbyggere med begynnende funksjonsfall og endringer i helsetilstand på tidlig tidspunkt.

Sammensetting av arbeidsteam

Samtlige danske og svenske prosjektrapporter og studier inkluderer ergoterapeuter og fysioterapeuter i hverdagsrehabilitering. Disse beskrives som nøkkelpersonell eller "motorer", som leder den initierende kartlegging, rehabiliteringsplan og veiledning av hjemmetrenere (vårdpersonal, hjemmehjelpere, pleiemedhjelpere) (Månsson 2007, Gustafsson m.fl. 2011, Kjellberg 2011). Sykepleiernes rolle har vært litt uklar i rapportbeskrivelsene, men ser ut til å tydeliggjøres etter hvert eks i rapport fra Rebild kommune (2011) og en artikkel av Ormstrup (2012). Norske prosjekter har også inkludert aktivitør, hjelpepleier og vernepleier (eks Voss, Bodø).

I Fredericia og andre kommuner ble arbeidsteams for hver person satt sammen med 1 ergoterapeut/fysioterapeut (ev sykepleier) og 2 hjemmetrenere. Dermed sikrer dette kontinuitet ved at innbyggerne møtte få personal. Det er innbyggerens type

problematikk som avgjør om ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier er "motor" i opplegget. For eksempel er det naturlig at fysioterapeut er tettere på oppfølgingen når det er et bevegelsesproblem. Ergoterapeuten når det er et ADL-problem eller kognitivt problem og sykepleier når det eks er problem med eks kosthold og sårstell.

Yrkesgruppe	**Roller og arbeidsoppgaver:**
Felles for sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter	• Vurderer rehabiliteringspotensiale og utarbeider mål og plan sammen med brukeren og samarbeidspartnere • Kartlegginger brukerens fysiske, psykiske og sosiale ressurser • Leder og koordinerer rehabiliteringsforløp • Veiledning og instruksjon av andre faggrupper • Oppfølgning, effektmåling og justering av mål og tiltak • Dokumentasjon, beskrivelse og evaluering av brukerforløp
Ergoterapeut	• Kartlegger brukers aktivitetsønsker (COPM) og ADL-funksjon • Utfører aktivitetsanalyser • Tilrettelegge og igangsetter trening av hverdagsaktiviteter, (fritid og ADL) i tråd med oppsatte mål • Vurderer behovet for tilrettelegginger (hjelpemidler, boligendringer og velferdsteknologi), instruksjon og oppfølging i bruken av disse • Bidrar til innsikt og mestring av egen situasjon hos borger og pårørende
Fysioterapeut	• Kartlegger brukerens bevegelsesfunksjon og hvordan det påvirker hverdagsaktiviteter • Vurderer behovet for bevegelseshjelpemidler, og instruksjon i bruken • Igangsetter individuelt tilpasset trening for å bedre brukers forutsetninger og nå de oppsatte målene. • Bidrar til innsikt og mestring av egen situasjon hos borger og pårørende
Sykepleier i rehabilitering	• Assisterer til mestring av eget liv • Ivaretar grunnleggende behov • Bidrar til trygghet, tillitt og velvære. • Håndterer komplekse medisinsk tilfeller • Bidrar til innsikt og mestring av egen situasjon hos borger og pårørende • Opprettholde best mulig helse og velvære
Hjemmetrener (eks helsefagarbeider, omsorgsarbeider, hjemmehjelper)	• Jobber under veiledning av ergoterapeut, fysioterapeut og/eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse • Arbeider rehabiliterende med fokus på hjelp til selvhjelp • Motiverer brukere til at ta del i trening • Medvirker til dokumentasjon av trening og funksjonsendring

	• Anvender ergonomiske prinsipper, anvende hjelpemidler og relevant velferdsteknologier i treningen

Kartlegging og dokumentasjon

Kartlegging kan gjøres på ulike måter avhengig om hensikten med dokumentasjonen er:

- Kartlegge borgers ønsker, opplevelser og funksjon med tanke på å utarbeide mål og tiltaksplaner og evaluering av måloppnåelse
- Dokumentasjon med tanke på evaluering av tjenesten. Dette kan være pårørende og medarbeideres erfaring, vurdering av kommunens kompetansebehov, økonomiske forhold og dokumentasjon av arbeidsmetodene .

Både danske og svenske rapporter dokumenterer bredt i forhold til borgeren og pårørende, medarbeidere og kommunens økonomi (eks Kjellberg m.fl. 2011, Gustafsson m.fl. 2010). Med hensyn til kartlegging av bruker er disse redskapene referert:

Kartlegging av innbyggerens ønsker og erfaringer:

- COPM (Candian Occupational Performance measure) ble benyttet i samtlige danske rapporter (se eks Kjellberg m.fl. 2011, Sloth-Egholm 2011, Gommesen og Ipsen 2007). Redskapet er tilpasset til norsk og beskrevet av Kjeken og Sand-Svartrud (2012).
- 15D og EQ-5D rapporteres brukt av Åhlfeldt (2009)

Kartlegging av innbyggerens funksjon;

- ADL-taxonomien utviklet av Sonn og Törnquist ble benyttet av flere svenske kommuner (Gustafsson m.fl. 2010, Kainz 2008, Corlin 2008, Carlsson og Gustafsson 2002)
- Kats ADL-trapp ble benyttet i noen kommuner (Gunnarsson m.fl. 2011, Mickelsson og Prellwitz 2010)
- GMF (General Motor Function Assessment Scale) ble benyttet for motorisk funksjon (Gunnarsson m.fl. 2011, Gustafsson m.fl. 2010, Kainz 2008, Carlsson og Gustafsson 2002)
- FBG (Functionell balanstest för geriatriska patenter)er benyttet i noen rapporter (Kainz 2008, Carlsson og Gustafsson 2002)
- Timed-Up and Go (Voss kommune)

Bortsett fra COPM er det vanskelig å gi generelle råd om hvilke redskaper som bør benyttes etter som det er få redskap som passer ulike brukergrupper. De nordiske rapportene har vektlagt kartlegging av aktivitet og deltakelse. Det etterlyses relevante kartleggingsredskap som går på kognitive og motoriske forutsetninger for mestring av aktivitet (eks Short Physical Performance Battery, Guralnic m.fl, 1995), og på omgivelsenes krav (eks Housing Enabler Iwarssson mfl). Prosjektgruppa merker seg at det særlig mangler redskap for å fange opp problem på tidlig tidspunkt og som kan predikere behov for oppfølging, for eksempel redskap som tidlig fanger opp fare for fall, ensomhet og problem med kognitiv funksjon .

Tidsramme

De svenske og danske prosjektene opererer med svært ulik tidslengde på hverdagsrehabilitering. Dette vil også påvirkes av målgruppen(e) kommunen velger å gi tilbud til. De fleste har 2-3 mndr som øvre grense for oppfølging av teamet, noen har ingen klar tidsavgrensning. Odense har innført 8 uker, Arendal vil prøve ut 3 uker, med mulighet for 3+3. Studien fra Kronoberg (Gustafsson m.fl. 2010, s 61, s 98) viste ulik tidslengde og antall hjemmebesøk mellom to kommuner, uten at resultatet ble merkbart forskjellig. Bækmark (2012) fra Odense kommune poengterer at helsepersonell er flink til å etablere og holde på kontakt med borgerne, men ikke så bevisst på avslutning. (Forelesning lagt ut på www.arendalskonferansen.no). En tydeliggjøring av når et opplegg skal avsluttes signalisere til borgeren når han skal nå de oppsatte målene og leve livet på egen hånd.

Intensive treningsperioder med mange gjentagelser gir mer effektiv trening. Samtidig mener prosjektgruppa at tiltakene må individualiseres og at det dermed ikke bør sies noe generelt om tidsramme. Avhengig av hvilke funksjoner som skal trenes opp/aktiviteter som skal fremmes, vil en måtte bruke ulik tidslengde. Dersom en ønsker å påvirke en kroppslig funksjon som bidrar til at en lettere gjøre ønskede aktiviteter, så tar dette sin tid. Her finnes det også forskning innen oppgaveorientert trening som kan søkes.

Oppgaveorientert tilnærming

Prosjektrapportene beskriver dårlig det metodiske arbeid som skjer i selve gjennomføringen av treningen. Det er nærliggende å se oppgaveorientert tilnærming[2] i sammenheng med hverdagsrehabilitering, Oppgaveorientert tilnærming er godt kjent i faglitteraturen for ergoterapeuter og fysioterapeuter og har blitt undervist over lengre tid ved høgskolene. Oppgaveorientert tilnærming er forskningsbaserte tiltak som vektlegger at trening knyttes til målretta og meningsfylte aktiviteter i naturlige omgivelser. Den utfordrer personen i trygge rammer og støtter dermed opp om egen problemløsningsevne ved at fagpersonen guider personen uten passiviserende instruksjon. Oppgaveorientert tilnærming er godt egnet i ADL-trening basert på personen egne behov og ressurser (Tuntland 2012, Ness 2011, VanSwearingen m.fl. 2011)

[2] Oppgaveorientert tilnærming er også kjent som task-oriented approach/training

Opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenestene

Innføring av nytt tankesett og en ny arbeidsformer som hverdagsrehabilitering krever opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Prosjektgruppa merker seg særlig de rapportene som støtter opp om behovet for systematisk opplæring og spesielt veiledning, refleksjoner og praktisk opplæring i praksissituasjoner.

De danske og svenske rapportene vektlegger grundig opplæring av arbeidsteamene, både i tankesett (hverdagsmestring) og arbeidsformen (hverdagsrehabilitering). Gjennomgående er det ergoterapeuter og fysioterapeuter som står for opplæring og veiledning av yrkesgrupper innen pleie og hjemmehjelpstjeneste. I Norge kan dette dreie seg om helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, men også sykepleiere uten rehabiliteringskompetanse. Det er også viktig med opplæring av ansatte ved bestiller/tildelerkontor som gjerne henviser til hverdagsrehabilitering

Rapporten "Viden og anbefalinger" (Kjellberg m.fl. 2011) sier at kompetanseutvikling er nødvendig, men formen kan være forskjellig. De anbefaler kompetanseutvikling for samtlige personal. Pleiepersonalet og hjemmehjelpere trenger opplæring om forebyggende og rehabiliterende tenkning og arbeidsform. Ergo- og fysioterapeutene skal arbeide gjennom andre faggrupper, og må ha kompetanse i veiledning.

Flere svenske rapporter gir eksempler på opplæring til mestringskultur som grunnlag for hverdagsrehabilitering. Svenske rapporter referer særlig til i studiematerialet utviklet av Arman (2005, 2007), Åhlfeldt m.fl.(2007) og Palm (2010). Flere kommuner har anvendt disse oppleggene (Lundgren og Odebo 2010, Corlin 2008, Johansson og Sundqvist 2009, Karlsson 2009).

I Sverige er det gjort evalueringer av hvordan opplæring og innføring av hverdagsrehabilitering oppfattes av pleiepersonalet. Disse rapportene fremhever behovet for opplæring, veiledning, undervisning og faglig ledelse (Johanssson 2002, Månssons m.fl. 2006, Corlin 2008, Redberg 2008, Holmström og Petterson 2008, Strid 2008, Olsson og Olsson 2009, Richardson-Owen 2009, Mickelsson og Prellwitz, 2010, Lundgren og Odebo 2010, Gustafsson m.fl. 2010, Palm 2010, Håkans 2011, Hallin 2011, Gunnarsson m.fl. 2011,).

Katrineholm kommune (Palm 2010) gjennomførte opplæring med "Gemensamt förhållningssätt" som inkluderte helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende perspektiv. Totalt deltok 56 pleiere og 211 hjemmehjelpere i opplegget,. Evalueringa viser at det har tatt tid å innføre hverdagsrehabilitering, men at opplæringen har bidratt til positiv utvikling.

Eskilstuna (Kusserow og Sirviö 2008) gjennomførte praktisk veiledning i "rehabiliterende arbetssätt" med brukerarbeid og eksempler. Evalueringen (av 86 pleiere) viser at de viktigste møtene for læring skjedde ved hjemmebesøk der en direkte kunne diskutere opplegg og løsninger.

Kronoberg (Gustafsson m.fl. 2010) og andre prosjekt rapporterer om fordelene for pleiepersonalet ved å utvikle kompetanse i hverdagsrehabilitering. Mange ansatte er også positive til å veksle mellom arbeidsoppgaver i tradisjonell pleie og i

hverdagsrehabilitering, andre igjen opplever seg ikke kvalifiserte til å jobbe med rehabilitering eller synes kombinasjon mellom ulike typer arbeid er utfordrende. En kan merke seg kommentarer som påpeker utfordringen med ulike faglige kulturer hos rehabiliteringspersonale og pleiepersonale (Gustafsson m.fl. 2010). Det er viktig å utvikle arbeidskulturer med gjensidig forståelse og respekt. Dette stiller blant annet noen utfordringer i forhold til samarbeidsformer og opplæring.

Fagressurser og økonomi

De viktigste argumentene for innføring av hverdagsrehabilitering er å gi bedre kvalitative tjenester og utvikle et mer forebyggende og rehabiliterende perspektiv på tjenestene. Samarbeidspartnerne i prosjektgruppa registrerer en stor interesse i norske kommuner for hverdagsrehabilitering. Kanskje skyldes det også svenske og danske rapporter om økonomiske gevinster for kommunene?

Det er grunn til å advare om forventet økonomisk gevinst i Norge på kort sikt. Spesielt fordi grunnbemanningen av ergoterapeuter og fysioterapeuter er mye lavere i norske kommuner enn i våre naboland, Danmark og Sverige. I tillegg kommer behovet for opplæring til endret tankesett og teamoppbygging, noe som vil ta tid og kreve ressurser.

Det kan nevnes at Fredericia før oppstart av prosjekt Hverdagsrehabilitering lånte midler til prosjektledelse og nødvendig terapeutkompetanse (!) Svenske kommuner fikk sentrale stimuleringsmidler til bla ansattelse av ergo- og fysioterapeuter; Dette ansees som sentralt for utprøving av nye modeller i Kronoberg (Gustafsson m.fl. 2010). Flere norske kommuner har fått prosjektmidler fra egen kommune, gjennom Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsmidler, Husbanken eller fylkesmannens tilskudd til omstilling og utvikling. Kommunene rapporterer at økonomisk støtte i en startfase er helt nødvendig.

Da Östersund kommune (ca 43.000 innbyggere) etablerte hverdagsrehabilitering i 1999 opprettet kommunen 22 *nye* ergo- og fysioterapeutstillinger, i tillegg til de allerede etablerte stillingene. Det ble dermed ansatt 50% ergoterapeut og 50% fysioterapeut pr 300 personer på 65år+ i kommunen. I det svenske manifestet "Ättestupa eller folkhälsomål" (FSA og LSR 2011) anbefales tilsvarende forholdstall som i Östersund.

Fredericia kommune med ca 50.000 innbyggere har ca 30 ergoterapeuter og 30 fysioterapeuter dvs 6 ergoterapeuter/fysioterapeuter pr 10.000 innbygger.

Til sammenligning med Östersund og Fredericia har Trondheim (2010), med 130.000 innbyggere, 40 årsverk fysioterapeuter og 29 årsverk ergoterapeuter (for både barn og voksne). I tillegg har kommunen 15 ansatte fordelt på tverrfaglige innsats- eller hjemmerehabiliteringsteam (ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og aktivitører). De fleste kommuner i Norge har langt dårligere dekning av terapeuter.

I følge Riksrevisjonen (2012) er det ca 2,9 ergoterapeuter pr 10.000 innbyggere i norske kommuner, men det er stor variasjon. 140 kommuner i Norge mangler ergoterapitjenester (Norsk Ergoterapeutforbund 2011). Riksrevisjonen (2012 s 13) sier:

> *"I perioden 2008–2010 har det vært en økning i ventetider innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er betydelige ventetider både til rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten og til rehabiliteringsplass i kommunene, samt når det gjelder fysioterapi og ergoterapi i kommunene. Konsekvensene av lange ventetider er at noen pasienter opplever funksjonsforverring, faller ut av arbeidslivet eller opplever sosial isolering. Funksjonsforverring vil uten de rette rehabiliteringstiltakene kunne resultere i redusert funksjons- og mestringsnivå for pasienten. Etter Riksrevisjonens vurdering kan manglende rett og lange ventetider*

ha store konsekvenser for den enkeltes helse."

Når vi nå vet at hverdagsrehabilitering dreier som om hverdagens ADL-aktiviteter er det illevarslende når Riksrevisjonen sier *"Kommunene har for få ergoterapeuter til at disse kan prioritere å jobbe med pasienter som trenger trening av finmotorikk og trening av daglige aktiviteter i hjemmet (ADL)."*

En "omorganisering av" av de få ergo- og fysioterapeutene en kommune disponerer til hverdagsrehabilitering er derfor ikke å anbefale, da det vil gå på bekostning av andre tjenester som fremmer selvstendighet og mestring.

En studie fra Telemarkforskning (Hjelmbrekke m.fl. 2011) konkluderte med at det er økonomisk lønnsomt for kommunene å ansette faggrupper med høyere utdanning som fysioterapeuter, spesialsykepleiere og ergoterapeuter. Disse faggruppene kan i større grad vurdere innbyggernes behov og stille relevante krav til mestring. Altså rett (fag)person på rett sted til rett tid. På sikt vil tidlig intervensjon, forebygging og rehabilitering gi gevinster for kommunene.

Suksesskriterier

Suksesskriterier for hverdagsrehabilitering er utarbeidet av prosjektgruppa med utgangspunkt i gjennomgangen av de danske, svenske og norske erfaringene.

Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger

Begrunnelse: Kommunene ledelse må forstå og informere innbyggerne om hverdagsmestring som forebyggende og rehabiliterende tankesett. Det er nødvendig med tilstrekkelige og riktig sammensatte ressurser. Derfor må det skapes et eierforhold til både tankesettet og arbeidsformen hos kommunens ledelse.

Sjekkpunkter:

- Hverdagsrehabilitering støttes av politisk og administrativ ledelse
- Hverdagsrehabilitering er basert på erkjente lokale behov
- Hverdagsrehabilitering er en del av kommunens helsetjeneste med klart definert målgruppe
- Budsjett og ressurser er tilstrekkelig og riktig sammensatt
- Det er satt av tid til planlegging og informasjonsarbeid

Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse

Begrunnelse: Hverdagsrehabilitering krever kompetanse fra ergoterapi, fysioterapi og sykepleie. Tverrfaglighet er en forutsetning for å lykkes. Samtlige yrkesgrupper må ha et tett samarbeid. I tillegg må alle som jobber med den enkelte innbygger ha en felles faglig plattform der hverdagsmestring er fokus. En slik opplæring kan skje på ulike måter; hospitering, undervisning, studiesirkler, kollegabasert veiledning og kursing. Prosjektgruppa vektlegger betydningen av praktisk utprøving og opplæring der en i virkelige situasjoner får demonstrert og prøvd ut opplegg med den enkelte innbygger

Sjekkpunkter:

- Tilstrekkelig og riktig sammensatt rehabiliteringskompetanse
- Tydelig faglig ledelse
- Endringsvilje
- Plan for kompetanseoppbygging inkludert etiske og faglige refleksjoner
- En kultur for kunnskapsbasert praksis

Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

Begrunnelse: Hverdagsrehabilitering krever innsats fra ulike yrkesgrupper for å nå målene om aktiv hverdagsliv. Alle personer rundt den enkelte innbygger må ha felles tankesett, samme forståelse av arbeidsform og jobbe mot de samme målene.

Sjekkpunkter:

- Etablering av tverrfaglige team for oppfølging av den enkelte innbygger
- Klargjøring av yrkesgrupper som skal delta med hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver
- Etablere felles, fysiske møteplasser for teamet til formelle og daglige uformelle møter, oppfølging og veiledning

- Etablere samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere, herunder fastleger og evt. brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål

Begrunnelse: Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet om hva som er viktig å mestre av aktiviteter for den enkelte. Dette inkluderer en holdningsendring fra å spørre hva en kan hjelpe med. Mål og tiltaksplan for oppfølging og tilrettelegging tar utgangspunkt i den enkeltes ønsker, forutsetninger og behov. Dette regnes som et viktig suksesskriterium.

Sjekkpunkter:

- Beskrevet tilnærming med brukerstyrte metoder som vektlegger innbyggerens egne ønsker og prioriteringer om funksjon, aktivitet og deltakelse
- Tverrfaglig kartlegging
- Individuell tiltaksplan som tverrfaglig styringsredskap
- Behovsstyrte tiltak (ikke tiltaksstyrte behov)

Avslutning

Enhver innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering må ta utgangpunkt i utvikling av kvalitativt bedre tjenester for innbyggerne framfor økonomiske innsparinger.

Prosjektgruppa merker seg at rehabilitering i norske kommuner trenger et løft og nytenkning. Norge trenger en satsning innen rehabilitering og utvikling av gjennomgående forebyggende og rehabiliterende tankesett (hverdagsmestring). Her kan vi lære mye av danske og svenske erfaringer, og allerede igangsatte prosjekter i Norge.

Styringsgruppa representert med KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund ønsker å fortsette samarbeidet i prosjekt "Hverdagsrehabilitering i Norge".

Referanser

- Andersen BL, Kirk L (2009): Flyt fokus fra kompensation til træning. Evaluering av prosjekt "Træning til selvhjælp" Campus Holstebro, VIA University College
- Andersson T (2006): Friare liv med hemrehab. Fysioterapi nr 8
- Arman R (2005): Aktivitet och självständighet. Ett studiematerial om vardagsrehabilitering. FoU i Väst
- Arman R (2007): Ett komplement til studematerialet "Aktivitet och självständighet" FoU i Väst
- Carlsson S, Gustafsson U (2002). Hemrehab Centrum-Söder Växjo Projektrapport. Växjö: Omsorgsförvaltningen, Växjö kommun.
- Corlin K (2008): Rehabilitering i hemmet. Prosjekt inom Vård- och omsorg Öster
- DesignIt (2011): Oppsummering av workshop. Samhandling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten - Hvordan realisere våre ideer til å innovasjoner? rkm_120125 Rapport fra workshop om hverdagsrehabilitering hos Designit kopi.pdf
- Ergoterapeutforeningen (2011): Hverdagsrehabilitering skaber værdi - Både for borgeren og samfunnet Brosjyre
- Ergoterapeutforeningen (2011): Ergoterapeuten nr 9, 2011, Temanummer om hverdagsrehabilitering
- Ergoterapeutforeningen (2012): nettsider med linker om Hverdagsrehabilitering
- EU (2012): European Year for Active Aging and Solidarity between Generations 2012 Nettsider
- Faaborg-Midtfyn kommune (2010): Prosjekt Aktiv Pleje
- Folkehelseinstituttet (2010) Mange flere friske eldre (besøksdato 2012-08-28)
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter og Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (2011): Ättestupa eller folkhälsomål - Ett manifest för alle äldre medborgares rätt til specifik rehabilitering
- Gommesen HM, Ipsen R (2007): Prosjektbeskrivelse Rehabilitering i Kertminde kommune
- Grahn K (2009): Vardagsrehabilitering - Ett rehabliteranse och aktiverande förholdningssätt, Åldrevårdsteamet Umeå Socialtjänst. Powerpointpresentasjon
- Gundersen J (2012): Pilotprosjekt Hjemmebasert rehabilitering, April 2011 - Mars 2012, Arendal kommune, Powerpointpresentasjon HBR power point rehabilitering.pdf
- Gunnarsson E m.fl. (2011): Slutrapport - Hemrehabilitering i samverkan mellan kommunerna och primärvården i västra länsdelen Karlskoga kommun
- Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 1995;332:556-561.
- Gustafsson U, Gunnarsson B, Sjöstrand ÅB, Grahn B (2010): *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelser för utvecklingen* Landstinget Kronoberg Sosialstyrelsen FOU-rapport 2010:11
- Hallin S, Ulander L, Westman S, Wisting F (2011): ”MAN VÄVER BARA IN DET NATURLIGT”:Implementering av vardagsrehabilitering inom äldrevården i Umeå kommun. Umeå Universitet

- Hauglum S (2012): "Vossamodellen" - kvadagsrehabilitering på Voss *Ergoterapeuten nr 1, 2012*
- Helsedirektoratet (nettsider): Individuell plan
- Helsedirektoratet (2012): Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, Rehabilitering i hjemmet
- Hjelmbrekke S mfl (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgsektoren FoU-rapport fra Telemarksforskning etter oppdrag fra KS
- Holmström K, Petterson C (2008): Upplevelser av vardagsrehabilitering i arbetet på särskilt boendet för äldre. Medicinska Fakulteten. Lund Universitet
- Håkans M (2011): Upplevelsen av ett rehabiliterande förholdningssätt - en förandringsprocess Högre yrkeshögskoleexamen i Åbo
- Jensen H (2010): Bevar Mestringsevnen. Silkeborg kommune
- Johansson M (2002). Utvärdering av hemrehabiliterings-projektet i Växjö – en intervjustudie med patienter, anhöriga och hemvårdspersonal. Växjö: FoU-Kronoberg.
- Johansson S, Sundqvist M (2009) Ett rehabiliterende och aktiverende förholdningssätt gentemot brukaren i ordinärt boende och vård- och omsorgsboende
- Kainz H (2009): Slutrapport Hemrehabilitering. Tingsryd kommun
- Karlsson E M (2009): *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Utvärdering av en utbildning på Gotland*. Nestor FoU-center 2009
- Kjeken I, Sand-Svartrud AL (2012): The Canadian Occupational Performance measure brukt i rehabilitering *Ergoterapeuten nr 1, 2012*
- Kjellberg, J (2010). Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune. København, Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, J og Ibsen, R (2012): Træning som hjælp. Økonimievaluering. Dansk Sundhedsinstitut og Itracks.Evaluering fra Odense kommune
- Kjellberg PK (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune* Rapport fra Dansk Sundhedsinstitut
- Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger.* Notat/Prosjekt 3333. September, Dansk Sundhedsinstitut. Anbefalinger fra Kommunernes Landsforening (KL), Fag og Arbejde (FOA), Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Dansk Sundhedsinstitut, Fredericia Kommune
- Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Chistensen TL (2012): Hverdagsrehabilitering i praksis *Ergoterapeuten nr 1, 2012*
- Kuoppa I, Viorinen T (2006) Distriktsarbetsterapeuters erfaringer av att handleda hemtjänstpersonal för att främja äldres aktiviteter Eksamsnarbeide. Luleå Tekniska Univerasitet, Boden
- Kusserow S, Sirviö AV (2008): Kompetensutveckling för hemvårdspersonal i rehabiliterande arbetssätt. Redovisning av ett prosjektarbete i Eskilstuna kommun. FoU i Sörmland
- Laberg T, Ness NE (2012): Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner, *Ergoterapeuten nr 1 2012*
- Lauvås K., Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.

- Lindberg M, Persson T (2007): Arbetsterapeuters uppfatning om hemrehabilitering - en enkätstudie Avdelingen för arbetsterapi och gerontologi. Mediconska Faculteten, Lunds Universitet
- Lindqvist S, Bellander T, Holmström EB, Robertson AM (2010): *Modell för hemrehabilitering i Strängnes kommun* FoU i Sörmland Prosjektredovisning 2010:1
- Lundemark T (2003)*:* Politikerens råd til dem som drabbas av nedskäringar *Arbetsterapeten nr 10 2003*
- Lundgren M, Odebo L (2010): Om studiecirklar och lärande kring rehabiliterande förholdningssätt. En utvärdering inom Alingsås äldreomsorg
- Lybye Nordenberg D (2002): *Rapport Prosjekt HjemRehabilitering. Investert tid gir resultater* Bærum Kommune
- Lyngby-Taarbæk kommune (2010): Træning for varig hjælp Prosjektbeskrivelse og prosjektrapport
- Mickelsson A (2010): Aktivitetsutförande i hemmet 4-8 veckor efter avslutad kortidsvård - utifrån gäster och hempersonalens perspektiv. FoU Norrbotten
- Månsson M, Nordholm A, Andersson L, Mikaelsson A, Ekman U (2006): Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Raport från FoU_Jämt
- Månsson M (2007): *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Fortbildningen AB/Tidningens Äldreomsorg
- Navne LE og Wiuff MB (2011): Opgavefordeling mellom borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering. Dansk Sundhedsinstitut okt 2011
- Ness, NE (2011): *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse – Et kunnskapsgrunnlag.* Tapir Akademisk Forlag, Undervisningsvideoer fra NAV
- Ness, NE (2012): Hverdagsrehabilitering *Kommunal rapport tirsdag 22 mars 2012*
- NOU 2011: 11, *Innovasjon i omsorg*
- Olsson C, Olsson M (2007): Prosjekt Vardagsrehabilitering i särskilt boende. Karlshams Kommun
- Ormstrup S (2012): Hverdagsrehabilitering –Alene et terapeut-prosjekt? Type2Dialog
- Otterstad HK (2011): Danmark satser på rehabilitering Sykepleien 99 (08): 64-67
- Otterstad HK (2011): Hva kan vi lære av svensk samhandling? Sykepleien 99 (14): 60-62
- Palm T (2010): Gemensamt förhållningssätt -ur et hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande perspektiv - En utvärdering Kartrineholms kommun. Vård- och omsorgsförvaltning
- Rebild kommune (2011) Bedre kvalitet i ældreplejen
- Redberg, P (2008): Arbetsterapeuters och sjukgymnasters syn på prosjekt HemRehabs inledningsskjede. Utvärderingsrapport. Äldre Vest Sjuhärad, Högskolen i Borås
- Richardson-Owen E (2009): Prosjekt hemrehabilitering. Orust kommun
- Rudersdal Kommune (2011): Aktiv hverdag Midtvejs rapport. Ældreadministrasjonen Danmark
- Senter for Omsorgsforskning Vest (2012) Nettsider. Prosjekt Trening og tilrettelegging før pleie
- Sloth-Egholm A (2011): Giver borgernes bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effekt i hjemmeplejen? Masteroppgave

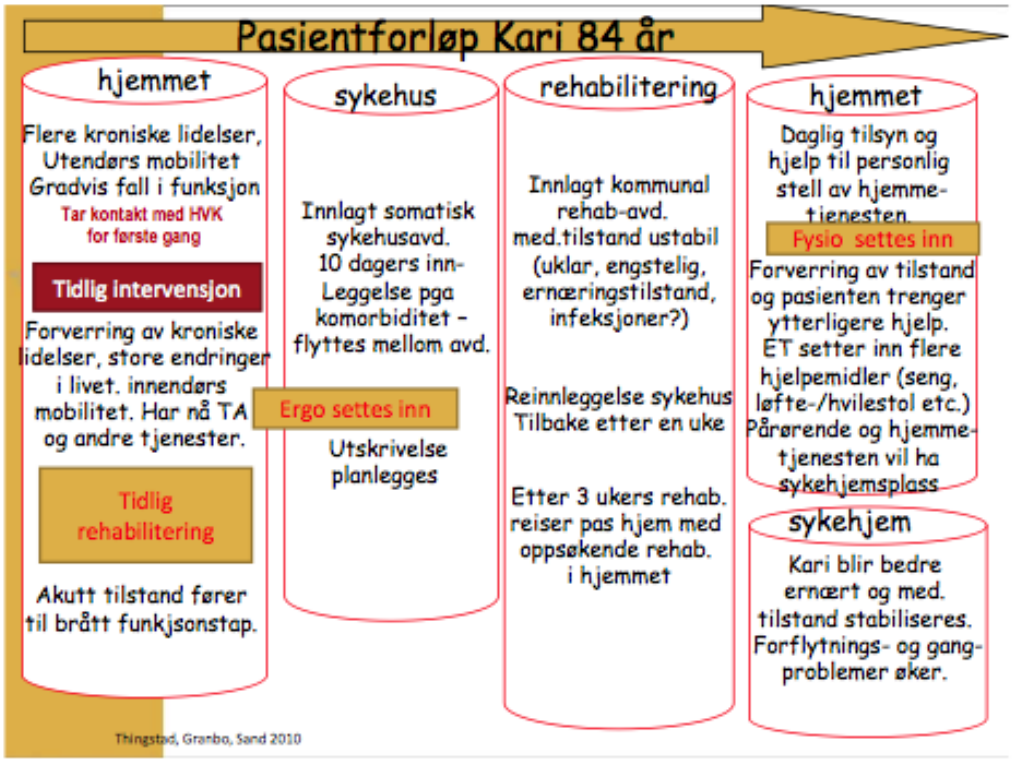
- Socialstyrelsen (2011) Person med mild till måttlig grad av stroke. Tidlig understödd utskrivning från sjukhus til hemmet med multidisciplinärt rehabliteringsteam med strokekompeanse inklusive läkere som gjer rehabilitering i hemmet Fra Strokeriktlinjerna, Sverige, Litteraturgjennomgang
- Socialstyrelsen (2012): Prosjektbeskrivelse til kvalifisering og afprøving af en rehabiliteringsmodel på ældreområdet Danmark
- Solvang og Slettebø (2012). Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Gyldendal
- Statistisk sentralbyrå (2004) Framskriving av folkemengden 2002-2050
- Strid B (2008) Utveckling av rehabilitering. Redovisning av ett utvecklingsarbete i Östra Göinge Kommun
- Svendsen KE (2010): Dansk suksess i hjemmetjenesten: Mer trening - mindre pleie *Fagbladet 2010 nr 10*
- Svendsen KE (2010*):* Dansk suksess i hjemmestjenesten *i Verdighet i Eldreomsorgen Temahefte nr 18, Fagforbundet s 8 - 11*
- Tonnesen M (2011): Grib hverdagen Midtvejsevaluering. Århus kommune
- Tuntland H (2011): *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Høyskoleforlaget
- VanSwearingen JM, Perera S, Brach JS, Wert D, Studenski SA (2011): Impact of Exercise to Improve Gait Efficiency on Activity and Participation in Older Adults With Mobility Limitation: A Randomized Controlled Trial. Phys.Ther. 2011 December;91(12): 1740-51
- Vik K (2008): *Older adults´ participation in occupation in the context of home-based rehabilitation*. Doktorgradsavhandling Karolinska Institutet, Stockholm
- Vik K; Bredland E L; Linge, OA. (2011): *Det handler om verdighet og deltakelse, Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* Gyldendal Norsk Forlag
- Vik K (2011): Aktiv omsorg og mulighet for deltakelse når eldre får hjemmetjenester - muligheter og begrensninger i organisering av tjenesten, s 43-61 i Morten Stene og Einar Marnburg (red) *Forskning i Trøndelag* Tapir Akademiske Forlag
- Vik K, Eide AH (2012): Older adults that receive home-based services, on the verge of passivity: The perspective of service providers. *Journal of Older people Nursing* Jan 25
- Vik K, Eide AH (2012): The exhausting dilemmas faced be home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care *Scandinavian Journal of Caring Scineces* Jan 4
- Vik K (2012): Aktivitet og deltakelse for eldre. *Ergoterapeuten nr 1, 2012*
- WHO (2012); What is "active aging"? Nettsider
- Witzø AE, Eide AH, Vik K (2011): Professional carers' perspectives on participation for older adults living in place *Disability and Rehabilitation 33 (7)* s 337-368
- Åhlfeldt E m.fl. (2007): *Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen. Projektredovisning, resultatutvärdering och lärarhandledning*. Nestor FoU-centers Skriftserie nr 02/07
- Åhlfeldt E og Engelheart S (2009): Social innehåll. Om förandrigsarbete för enhetschefer i äldreomsorgen. Nestor FoU-centers Skriftserie nr 01/09
- Åhlfeldt E (2009): Aktivitet, delaktighet och egna önskemål. Nestor FOU med äldre i focus, Socialstyrelsen

Vedlegg

Eksempel på et pasientforløp – illustrasjonen er basert på mange års erfaringer og statistikk fra forbruk av ergoterapi- og fysioterapiressurser til eldre i Trondheim kommune.

Figuren under viser et pasientforløp til en eldre kvinne - fra hun tar kontakt med hjelpeapparatet første gang og hennes ulike møter med hjelpeapparatet. Søylene skal illustrere de ulike tjenestenivåene/enhetene. Figuren viser når kommunal ergoterapi og fysioterapi vanligvis settes inn, og i dette tilfelle settes ergoterapi inn i forbindelse med utskrivelse fra sykehus og behov for tilpassing av hjelpemidler. Kommunal fysioterapi kommer som oftest svært sent inn i bildet. Begge terapeutgruppene er sannsynligvis og forhåpentligvis involvert både under sykehusoppholdet og ved rehabilitering. I denne modellen fokuseres imidlertid på den kommunale oppsøkende tjenesten for disse gruppene.

Illustrasjonen av dette forløpet har ført til diskusjoner og en økende bevissthet hos samarbeidende enheter i kommunene om betydningen av bedre tverrfaglig samarbeid. Modellen ble også brukt som en bakgrunn for diskusjoner ved igangsetting av to fagutviklingsprosjekter som akkurat er avsluttet. Dette var prosjektene Tidlig intervensjon (gjennomført i 2 bydeler i kommunen) og Tidlig rehabilitering (gjennomført i en bydel). Tidlig intervensjon har fokus på tverrfaglig kartlegging av brukere ved førstegangshenvendelse til helse- og velferdsstjenesten, mens Tidlig rehabilitering har hatt fokus på identifisering av tidlige behov for rehabilitering hos hjemmeboende eldre gjennom bedre samhandling mellom kommunale enheter, blant annet ergoterapi- og fysioterapienhetene.



Kontaktpersoner: Sylvi Sand, sylvi.sand@trondheim.kommune.no og
Randi Granbo, randi.granbo@stolav.no