



Kafédialog/rundbordsdiskusjon

Dette dokumentet er en sammenfatning av hva de forskjellige bordene svarte på de ulike spørsmålene. Alle bord hadde representanter fra forskjellige kommuner. Bord 1-10 hadde dialog rundt spørsmål 1-10, bord 11-19 hadde dialog rundt spørsmål 7-12. De skrev svarene inn på i PAD. Alle punktene under er klippet fra original dokumentene- hvert punkt representerer ett bord.

SPØRSMÅL TIL BORD 1 - 10

1. Forankring, både politisk og administrativt – hvordan få det til?

- Må ha med ledelsen.
Informasjon. Må gjentas.
Dokumentasjon – kunne vise at det hjelper.
- Omsorgssjef (Britt) og Barbara (ergoterapeut) hadde sett aktuelle artikler og satte i gang. Må forankres i kommunestyret. Ble vel forankret administrativt først i Trysil? Engasjerte ledere smitter politikere= viktig. Må skaffe mye informasjon på forhånd og ha engasjerte ildsjeler for å legge det frem. Kanskje viktig å ha en økonomisk plan fra starten? Argumentere og påpeke at en kan spare inn penger på sikt. Koster kanskje litt med kursing og oppstart, men sparer inn etter hvert.
- Handler om god presentasjon til politikere. Midler til å starte og få i gang endringsprosesser, pådrivere, forståelse for besparelse på sikt, finne gode løsninger for dette. Vil skape engasjement i arbeidsgruppen, når det blir mer målrettet arbeid med gode resultater.
- Fremmes ut fra behov og noen ildsjeler som beskriver utfordring
Synliggjøre etterspørsel av tjenester
Vise til andres resultat
Ønske om raskere restitusjon og tidligere start på behandling av pasienter
Ønske om mer effektiv bistand
- Et godt tverrfaglig samarbeid, hverdagsrehabilitering bør være vedtatt i kommunestyret, leder forankring, informasjon og inspirasjon for de ansatte.
- En gjeng som reiser på kurs, ledelsen er også med. Legge fram tall. Selge det inn gjennom møtearenaer med ledelsen. Samarbeidsutvalget og driftsutvalgsmøte. Utfordrede å gå fra prosjektmidler til ordinær drift.
- Synliggjøre at en sparer tid og penger på hverdagsrehabilitering. Brukerne klarer seg lengre hjemme uten hjelp eller få vedtakstimer. Det er viktig at alle jobber mot samme mål. En sparer sjukehjemsplasser.
- Viktig med samarbeid mellom ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleiere fra starten. Må være et overordnet mål om at det skal arbeides med slik at det finnes midler og økonomi.
- Viktig å få forankring i ledelsen. Bruke media. Jobbe aktivt for å få med seg politikerne, få med rådmann på lag som fronter saken i mange forskjellige forum. Jevnlige møter, korte møter 2-3 ganger per uke med ulikt fokus.
1. Alle mulige brukere, velge ut.



2. Fokuserer på de brukerne som er valgt ut.

3. Jobbe med brukerne ute i feltet.

Utfordringer med å finne riktige brukere, hvilke kriterier skal settes?

Sonene «eier» brukerne, det er dem som kjenner brukerne som skriver vedtak. Ergo-/fysioterapeut er et støtteapparat som veileder det utøvende teamet.

- Forankret i kommunedelplanen. Bruke de fora man har for å få det opp i systemet. Vår erfaring er at ønsket kommer fra ledere for helse/omsorg. Ledelse bør også delta på slike konferanser for å få bedre innsikt.

2. Hvordan spre informasjon om hverdagsrehabilitering – og til hvem?

- Sykehuset kunne hatt foldere å gi ut til pas. Fastleger bør få god informasjon, slik at de kan informere pasienter om tilbudet. Ha et skjema ved førstegangsbesøk.
- De ute i felten kan spre ut til brukere og pårørende. Snakke med kolleger. Ha internundervisning på jobb og evt. konferanser som i dag. Invitere nabokommuner. Snakke og diskutere med andre i samarbeidsteam. Informere frivilligsentraler. Fastleger kan ha foldere om hverdagsrehabilitering på kontor, kan tenke mer rundt hverdagsrehabilitering, gi informasjon til aktuelle brukere, henvise de videre. Kanskje andre offentlige kontor også kan få folder?
- Hele samfunnet, brukere, pårørende og befolkning generelt. Informere/kurse alle nye ansatte (og andre ansatte) om hverdagsrehabilitering. Informere sykehus, internundervisning til sykepleiere på avdelingen på sykehuset om hverdagsrehabilitering, da sykehuset ofte vet lite om hvordan kommunen er organisert. Viktig at pårørende får god informasjon og forståelse før oppstart.
- Hjemmetjenesten bør informeres. Vise til erfaring gjennom konkret resultat både tverrfaglig men også administrativt. Informere godt til de pårørende.
- Informasjon til hjemmetjenesten, leger, brukere, pårørende. Publisere fagstoff i aviser, og holde seminar for alle de ansatte i helsevesenet.
- Pårørende er veldig viktig. Informasjonsfoldere til pårørende, samarbeidsmøter med pårørende undervegs. Pårørende skal ikke være med ved COPM eller når målene settes. Finne brukere med færre eller ingen tjenester, krever mer.
- Internett, foldere, personalmøter, folkemøter. Informasjon bredt til ansatte og befolkningen i kommunen. (Eierskap blant ansatte er viktig). Samtale med alle nyansatte er sikkert lurt.
- Viktig med informasjon til pårørende. Komme med informasjon på et tidlig tidspunkt. Sykehuset og sykehjemmet kunne blitt flinkere til å informere om de tilbud som finnes i kommunene.
- Invitere pårørende på oppstartsmøte med brukere. Få en felles forståelse med pårørende om hverdagsrehabilitering. Viktig å spre info «tidlig» i alle yrkesgrupper; flott og starte med sykepleierstudenter. Lage tid skjema hjemme med plan for



hverdagsrehabilitering så brukere og pårørende kan følge med på tidsplanen. Gi info på kommunens hjemmesider om hverdagsrehabilitering.

- Alle bør få informasjon. Informasjonsmøter, foldere, kommunesider. Personalmøter. Informere til eldre råd, funksjonshemma råd. Informere lege. Brosjyrer bør ligge på legekontor, hos fysioterapeut. Lokale media.

3. Hvilken modell har dere valgt eller planlegger – fordeler og ulemper med den enkelte modell?

- Ringsaker – integrert modell. Ergo, fysioterapeut og 2-3 pleiere i teamet. Målet er at flere pleiere skal inn i tankesettet.
Hamar – Hjemme rehabiliteringsteam. Større funksjonstap, innsatsteam over lengre tid. Mer spesialisert. Trenger tverrfaglig oppfølging. HBO ikke involvert. Team med fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier.
- Vanskelig å finne de rette brukerne. Hvis kognitiv svikt, bedre å rehabiliterer hjemme.
- Trysil, integrert modell. Alle gjør alt.
Beste resultat er hvis det er egne team (forskningsrapport).
Ha forståelse for at ting tar tid i begynnelsen.
Hva ønsker du hjelp til? Hva skal til for at du klarer deg sjølf?
- 2 ved bordet har Trysilmodellen, de andre har ikke valgt modell ennå. Innsatsteam vs. hverdagsrehabilitering. Alle tenker at det er viktig at det er tverrfaglig avgjørende for å få gjort noe. Lite viktig med lokalisasjon og at alle er under samme team i små kommuner.
- Usikkert, men uansett viktig at det er godt innarbeidet i hjemmetjenesten uansett modell. Enklere å nå brukere gjennom hjemmetjenesten, i stedet for innsatsteam.
- Tildeling/tjenestekontor rekrutterer saker og er knutepunkt, ergoterapi og fysioterapi er sentrale tjenester.
- Trysil har valgt implementering med hjemmetjenesten. Østre og Vestre Toten skal jobbe mer med leder forankring.
- Mye erfaring fra integrert modell. Lurt med integrert modell for å prege alle tilbud hjemmetjenesten gir. Lett at tilbud fra hjemmetjenesten blir nedprioritert i en integrert modell, for eksempel ved sykdom i hjemmesykepleien
- Både team og alle ansatte. Alle ansatte må trø til pga. avstander. Tverrfaglig samarbeid kan bli bedre.
- Integreringsmodellen. Fordeler med et team som arbeider som hjemme trenere, da har brukeren færre å forholde seg til og du som terapeut/pleier kan lettere holde oversikt over måloppnåelse. Ved at flere pleiere er innom kan man lettere se viktigheten av HR.
- Integrert modell. Flere oppgaver i tillegg til de ordinære oppgavene. Tiltakene kan fortsette når vedtaket går ut. Innarbeidet i arbeidet. Ikke samlokalisert hjemmetjeneste og fysioterapeut gav utfordringer. Forskjellige hjelper hele tiden gir en lengre arbeidsvei, med en og samme hjelper blir arbeidsveien antakelig kortere. Hjemme rehabiliteringsteam/innsatsteam. Ikke definert som hverdagsrehabilitering.



- Ulempe med integrert modell er at det blir mange ulike pleiere hos brukerne. Fordel er at mange får endret tankegangen sin

4. Hvilke kartleggingsinstrumenter bruker dere for å kartlegge fysisk og psykisk funksjon og aktivitet. Kartlegger dere tidsbruk i hjemmet, i så fall hvordan?

- Beste resultat er hvis det er egne team (forskningsrapport).
Ha forståelse for at ting tar tid i begynnelsen.
Hva ønsker du hjelp til? Hva skal til for at du klarer deg sjøl?
- COPM og SPPB benyttes av verktøy. I Trysil har brukerne egen mappe for hverdagsrehabilitering i hjemmet. Ansatte i helsetjenesten signerer med dato, tid når en kommer til bruker og går, samt navn og hvilken profesjon du har (sykepleier, assistent, helsefagarbeider, ergoterapeut, fysioterapeut osv..).
- Hjelpearke med tidsbruk, IPLOS, COPM, SPPB
- I hjemmesykepleien bruker man IPLOS og ADL.
Tidsbruk registreres både i Trysil og Hamar. I Trysil brukes kvitteringsark hjemme hos bruker der man registrerer tidsbruk, ved å skrive seg inn og ut. I Hamar benytter man i PAD hvor arbeidslisten kommer opp, man tar besøk og kvitterer seg ut etter endt besøk. Tidsbruken er synlig.
- Trysil bruker COPM, SPPB, IPLOS. Trysil bruker 10 uker, og bruker IPLOS for å kartlegge tidsbruk. Østre og Vestre Toten bruker 4 uker, og kartlegger tidsbruk ved hjelp av COPM og IPLOS.
- COPM, SPPB og IPLOS. Universitetet i Bergen, Kjersti Vik jobber med et nytt kartleggingsverktøy for hverdagsrehabilitering. COPM kan gi feilmargin fordi brukeren scorer høyere etter 10 uker for å «tilfredsstillte» terapeuten. Kan være vanskelig for brukere å forholde seg til tall. Men kartleggingsverktøy og tall er viktig for å dokumentere effekt i den enkelte kommune. Dokumenterer tid med penn og papir, summerer tilslutt.
- COPM, SPPB, IPLOS. Tidsbruk justeres etter tiltak og vedtak til den enkelte.
- COPM, SPPB, IPLOS
- SPPB, COPM. Tid rapporteres på tidsskjema
- COPM, SPPB, IPLOS. Ja, kartlegger tidsbruk i hjemmet. Bruker tidsbruk skjema (klokkeslett inn og klokkeslett når forlater hjemmet).

5. Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet og hvilke yrkesgrupper er med i teamet? Hva med fastlegene?

- Fastleger er for lite involvert i Trysil, kun ved ansvarsgruppemøter. De kan sende bestillinger, men ikke vice versa.
- Trysil: Etter oppstart gir ergoterapeut informasjon til hjemmetjenesten. Tirsdagsmøtet mellom ergoterapeut, avd. ledere og korttidsavdelinger. Fysioterapeut/ergoterapeut gjør kartleggingene.
- I Trysil kommer ergoterapeut/fysioterapeut på morgenen under rapport da hele hjemmetjenesten (sykepleiere, assistenter, helsefagarbeidere) er samlet og snakker/tar



opp aktuelle brukere. Ellers forholdsvis lite kontakt. Ingen av oss rundt bordet har noe særlig kontakt med fastleger om hverdagsrehabilitering. Vet legene om dette? Tror de tenker lite i disse baner... Burde vært mer involvert.

- Driftes av ergo-/fysioterapeut som har hovedansvar for å utarbeide planer, og hjemmetjenesten utfører. Tett samarbeid. Fastlegene bør informeres og bli mere med.
- Tverrfaglig samarbeid i Trysil. Fysioterapeuten i Hverdagsrehabilitering kommer innom hjemmesykepleien en dag ukentlig. Hjemmesykepleien har ansette fra ulike yrkesgrupper; sykepleiere, hjemmehjelper, hjelpepleier og omsorgsarbeidere. Trysil synes samarbeidet med fastlegene har blitt bedre de siste årene. E-link et godt verktøy for samarbeid med fastleger.
- I Trysil samarbeider ergoterapeuter, fysioterapeuter og hele hjemmetjenesten, fastlegen er ikke direkte med i hverdagsrehabiliteringen. I Sør-Odal samarbeider ergo-/fysioterapeut, sykepleier, fagarbeider og hjelpepleier. De har møte en gang i uka, og ergo-/fysioterapeuter har møte med enhetsleder og tjenestekontoret to ganger i uka. Østre og Vestre Toten samarbeider sykepleier, ergo-/fysioterapeut i hverdagsrehabiliteringsteamet. Fastlegen er i prosjektgruppen.
- Møtes tverrfaglig ukentlig. Representant fra ergoterapi og fysioterapeut og hjemmetjenesten. Lite kontakt med fastleger. Ingen henvendelser fra fastlegene så langt i Trysil og Ringsaker.
- Ergoterapeut og fysioterapeut er med på rapportmøter 1 gang pr. uke. E-meldinger til fastlege og fastsatte møter. Møter med rehabiliteringsteam annenhver uke. Utover det får mye pr. telefon.
- Ukentlige møter mellom ergoterapeut, hjemmetjenesten. Ergoterapeut/fysioterapeut/sykepleier/fagarbeider.
- Regelmessige faste møter. Arbeidsoppgaver blir fordelt. Sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, saksbehandler. Fastleger har fått fellesinfo i eget stormøte. Fastleger har henvist til hverdagsrehabilitering. E-meldingssystem med fastleger og sykehus er kjempebra.
- Ergoterapeutene og fysioterapeutene begge innom hjemmetjenestens avdelinger en gang pr. uke. Ergo- og fysioterapi med på samarbeidsmøter med tjenestekontor. Fastlegene fått informasjon om hverdagsrehabilitering. Fastlegen får spørsmål hvis noe lurer på.

6. Hvem er målgruppa? Hva er inklusjons og eksklusjonskriteriene?

- Personer som trenger hjelp til å komme i gang igjen. De som ønsker å bo hjemme ønsker å klare seg best mulig sjøl. Er motiverte.
Inklusjon: Motiverte, de som henvender seg for første gang, henvendelse fra fastleger, de som står i fare for å få større hjelpebehov, de som er på rehabiliteringsopphold og trenger videre oppfølging.
Eksklusjon: demente, langtidspasienter på sjukehjem.
- Målgruppa kan være brukere i alle aldre. Viktig å fokusere på grupper som kan forebygges funksjonsfall, i stedet for de med mange tjenester fra før. Kanskje viktig med



samarbeid med sykehus, for de legger ofte føringer hos bruker/pårørende for hva slags tjenester de kan forvente seg. Viktig at de allerede da får info om at hverdagsrehabilitering finnes. Fysioterapeut fra Trysil forteller at de registrerer brukere første gang de ber om hjelpemidler for å forsøke å snappe opp brukere som «er på tur ned» så tidlig som mulig. Eksklusjonskriterier: Eks. ikke motivert. Kanskje fastleger kunne vært med obs da de ser at brukere forfaller.

- Målgruppa: Folk i alle aldre som har fått/eller står i fare for å få funksjonstap, der målet er å bo lengst mulig hjemme.
Eksklusjonskriterier: Kognitiv svikt, demotiverte motiverte (bør egentlig motiveres), kompliserte og sammensatte sykdomsbilder, der flere faktorer spiller inn.
Inklusjon: Der en kan se muligheter, være realistiske. Må ha en totalvurdering på hvem som egner seg og ikke.
- Mennesker, som pga. sykdom får et funksjonsfall
- Søkere i alle aldre, som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i minst en aktivitet i hverdagen. Søkere som er motivert og forstår instruksene. Søkere som har samtykkekompetanse. Søkere som bor hjemme. Utskrivningsklare pasienter fra sykehus eller døgnerhabilitering med behov for oppfølging hjemme.
- Foreløpig har Ringsaker/Nes sine brukere ingen tjenester fra tidligere, annet enn ergoterapi og behov for ergoterapi og et hjelpemiddel. Venstredreid sammenlignet med andre kommuner? Det er mange som har som eksklusjonskriterie at brukerne må snakke norsk, jamfør KS- fra passiv mottaker til aktiv deltager. Er det lov?
- Alle aldre er inkludert. Rehabiliteringsteam med fysioterapeut og ergoterapeut. Noen kommer fra hjemmebasert. Eksklusjonskriteriene er: demente, terminale og langt komne degenererende sykdommer.
- Nye i tjenesten, brukere med god kognitiv funksjon, at brukerne er motiverte.
- 18-100 år. Kognitiv funksjon, må kunne forstå og huske oppgaver. 6 ukers periode. Hjemmeboende, rehabiliteringspotensiale, uten degenerative sykdommer. Egen motivasjon og ønske fra bruker. Informasjon er viktig, vite at de forplikter seg til et opplegg. Små ting utgjør store forskjeller.
- Ikke aldersbetinget målgruppe. Dialog med fastlegen ved spørsmål, f.eks. i forhold til prognose. Ikke så langvarig, ikke så omfattende, brukere som et motivert. Kan være yngre, rus og psykisk helse, utviklingshemmede. Ikke for omfattende kognitiv svikt.

SPØRSMÅL TIL BORD 11 - 19

7. Kan man måle nytten av hverdagsrehabilitering og på hvilken måte?

- Kartleggingsverktøy, COPM, SPPB, IPLOS før og etter iverksetting.
Registrering av timer/bruk av tjeneste, før og etter.
- Måler nytten av timer før rehabilitering og etter avsluttet tjeneste. Bruke kartleggingsverktøyet.
- COPM, SPPB, IPLOS.
Beregningsmodellen til Furst og Høverstad.



Antall timer hjemmetjenester før oppstart og etter endt forløp. Type tjenester man har behov for, samt brukeren sin subjektive opplevelse av hverdagsrehabilitering.

- Det er viktig å se de positive bivirkninger som skjer i hverdagen, hvordan det påvirker bruker. Kan jo måles f. eks i IPLOS. Det å kunne måle tilfredshet hos bruker. IPLOS blir kanskje mer matnyttig når det brukes før og etter HR. COPM er et skjema som en kommune bruker, i tillegg til IPLOS, det er mer beskrivende enn IPLOS. Flere har gode erfaringer ved å bruke COPM og SPPB, kan måle tilfredshet, dette er viktig. Kan utsette institusjonsopphold.
- IPLOS skår. Økt funksjonsnivå. Fornøyde brukere. Minske sykefraværet hos ansatte. Bedre ressursbruk. Pårørende som ressurs.
- Nyttien måles i IPLOS og vedtakstimer, skyggevedtak, «reskåre» COPM og SPPB.
- Ved kartleggingsverktøyene som COPM, SPPB, IPLOS. Nyttien for bruker, hva hverdagsrehabiliteringen gjør for å bedre brukers hverdag.
-

8. Hva må/bør dokumenteres og hvor?

- Kartlegging, gjennomføring av trening, evaluering. Oppstart, midtuke, sluttevaluering. Tlf.-kontakt etter ulike periodiske intervaller som oppfølging, eks 3, 10 uker etter avsluttet.
- Hvor – i dokumentasjonsmappe. Profil under rehabilitering. Vi har ulike meninger om dette, men alle er enige om at vi må dokumentere, men spørsmålet er hvor mye.
- Signeringsliste hos bruker. Dokumentere i Profil etter hver kontakt med bruker (hverdagsrehabilitering som plankategori under hjemmetjeneste, underkategorier: kartlegging, gjennomføring, evaluering): Skanne inn COPM og SPPB i Profil.
- Alle kommunene ved bordet har profil. Alle har opprettet i HR i Profil, men likt ulikt oppbygd. Det som bør stå er det som blir gjort, evaluering og måloppnåelse. Sett opp i mot plan/tiltaksplaner. Trysil var eneste kommune som hadde både papir og bruker, og signeres i Profil. Greit å føre/dokumentere statistikk og tester. Blir en del dobbeltføringer med papir og profil.
- Brukers mål. Eget tiltak i tiltaksplanen der «Hverdagsrehabilitering» dokumenteres. Ha tilgang på i Pad /PDA for raskere og enklere dokumentering. Egen perm hjemme hos bruker med brukers mål og treningsprogram.
- Statistikk skjemaer før og etter, profil, tiltaksplaner, eget felt for hverdagsrehabilitering
- Dokumentasjon i aktuelle programmer, bør hverdagsrehabilitering legges et sted hvor alle leser, f eks under sykepleie (i Profil). Gi tilbakemelding til fastleger.

9. Suksessfaktorer i din kommune?

- God forankring i toppen. De vil at det skal jobbes med rehabilitering. Ildsjeler. Alle ledd i kommunene må være med å fremme saken. Fremme de som er positive. Viktig at fysioterapeut/ergoterapeut ikke blir sjefer, helsesektoren skal bli hørt i hver sak/bruker.
- God planlegging før oppstart. Forankring på politisk- og ledernivå. Informasjon/opplæring til kollegaer og brukere, alle har lik forståelse av hva man jobber



- med. Satt av nok ressurser til å jobbe med hverdagsrehabilitering
Godt samarbeid med andre instanser i kommunen, som hjemmetjeneste, vaktmester, tildelingskontor. Samlokalisering – med hjemmetjenesten. Faste møtepunkter med samarbeidspartnere. Alle som jobber rundt aktuelle bruker, jobber mot samme mål. At det finnes flere av faggruppene rundt om i kommunen (at den fagpersonen i hverdagsrehabiliteringsteam ikke må ha på alle hattene for den aktuelle faggruppen).
- Ikke ta de tyngste brukere til HR. Finne enkle hjelpemidler. Forankret i ledelsen og politikere. Samarbeid på tvers av profesjoner. Viktig å spre det ut i befolkning. Vise til brukeres «solskinshistorier». Suksessfaktor kan også være sosial setting, f. eks bruke frivillige til en sosial setting, og deretter trening.
 - Alle ansatte har like mye tid hos bruker for at bruker til enhver tid får det samme tilbudet. Hverdagsrehabilitering forankret i ledelsen. En eller flere ansatte frikjøpes for kun å jobbe med hverdagsrehabiliteringsbrukere en eller flere dager i uken.
 - Egne hjemme trenere. Samarbeid, integrert samarbeid, samarbeids team, positive holdninger.
 - Politisk forankring er det viktigste! Samlokalisering er også viktig. Østre og Vestre Toten har erfaring med viktigheten at samlokalisering, da de flyttet inn under samme tak ble praten i gangen også en viktig del av samarbeidet og gjorde det lettere. Tverrfaglighet med faste møter. Pårørende: de får gangene pårørende har vært tilstede under besøk fra team fra hverdagsrehabilitering har det vært med stor suksess. Bør implementeres i planen.

10. Hvordan gjøres kompetanseoppbygging i teamene? Opplæringspakker?

- Forelesninger. Etterutdanning. Bok av Næss. Sette av tid i arbeidstiden.
- Mange kurs.
Erfaringsutveksling med andre kommuner
Nettverksbygging
Hospitere
Opplæringspakke for hjemme trenere fra Kristiansund
Internundervisning
- Kontakte andre kommuner for å få innspill og erfaringer. Lurt å ha guruer som Ness i opplæring, felles opplæring for å få samme grunnmur i jobben videre. Holde interne kurs og danne grupper. Litt ulik strategi for å drive opplæring motivasjon.
- Opplæring/kurs av ansatte. Internopplæring. God info/opplæring av nyansatte.
- Obligatorisk opplæring og kurs med ergoterapeut, opplæring av innsats teamet.
- Sør-Odal: Internundervisning for hjemmetjenesten: 4 bolker på ca. 2 timer per undervisning. Østre og Vestre Toten: Også internundervisning: Hjemmetjenesten har satt av tid i turnusen sin 1 gang i måneden. Samarbeider med andre instanser i kommunen (ansvarlige for kost og ernæring i kommunen som et eksempel). Deltagelse på konferanser, samarbeid med andre kommuner for erfaringsutveksling.



11. Er hverdagsrehabilitering implementert i ordinær drift? Hvis ja hvordan har prosessen vært?

- Ulik grunn i hver kommune. Bare Trysil på dette spørsmålet.
- 2 av 6 kommuner rundt bordet har implementert i ordinær drift
Godt forprosjekt, 4 mnd.
- Litt ulikt fra kommune. Litt nytt for noen, men målet er at det skal implementeres i vanlig drift. Kan være vanskelig i noen kommuner, når det er mange forskjellige profesjoner og avdelinger. Å tenke nytt er ikke alltid like lett. Mange fine filmsnutter på YOUTUBE, se hverdagsrehabilitering. Anbefales.
- Ja, hverdagsrehabilitering inn på lister.
- Implementering tar tid. Det må også foreligge et tverrfaglig team som en forutsetning. Implementering i kommune, ansatte, brukere og pårørende. Gi informasjon om tilbudet til befolkningen og la budskapet spre seg, f. eks på ulike pensjonisttreff.

12. Er det ønske om å etablere nettverk for erfaringsutveksling mellom kommunene og hvordan bør det eventuelt organiseres?

- Nettverk er viktig i kompetanse spørsmålet. Kanskje kommuner mellom også. Kanskje sammenslåing av kommuner. Lære rehabilitering av hverandre innom kommuner.
- Noen kommuner har lagd nettverk selv.
Med nabokommuner
Små nettverk
Samme type utfordring (innbyggerantall o.l.)
KS har nettverksarbeid med hverdagsrehabilitering.
- Ja, fint å knytte kontakter, få innspill fra andre kommuners erfaringer.
Passe på at det ikke bare blir ergoterapeuter og fysioterapeuter som drar dette lasset, men at alle profesjoner må være med å dra dette.
VIKTIG at det foredragsholdere kommer til kommunen, når flere på denne måten. Fint å treffe og høre erfaringer fra andre kommuner.
- Det er ønske om å etablere nettverk for erfaringsutveksling. Møtesteder kan f. eks være NAV-videokonferanser.