



**Meland kommune**  
*- Eit samfunn for alle -*

**Prosjekt kvardagsrehabilitering  
i  
Meland kommune 2015-2017  
-  
Rapport 2016**

Versjon 14.03.2017

## Innhold

1. Grunnlag .....	3
2. Kva er kvardagsrehabilitering? .....	3
3. Mål, målgruppe, tiltak og evaluering .....	4
3.1 Leiar og tenesteytar – ulike roller og arbeidsoppgåver.....	4
3.2 Mål i prosjektperioden –status 2016 .....	5
3.3 Målgruppe .....	8
3.4 Erfaringar brukarar har av tiltaket og opplevd nytte i 2016.....	8
3.5 Er behov for kompensierende tenester blitt redusert i 2016? .....	9
3.6 Er det kvalitative og økonomiske gevinstar for brukar og kommune i 2016? .....	9
4. Organisering og metode.....	10
4.1 Prosjektorganisering.....	10
4.2 Tenesteorganisering og metode.....	10
4.3 Har tiltaket overføringsverdi til andre kommunar og er viktig for praksis?.....	11
4.4 Er innovasjonsmetodikk blitt nytta i 2016?.....	11
5. Framdriftsplan 2017 .....	12
6. Rapportering, ressursbruk og økonomi.....	12

## 1. Grunnlag

Det nasjonale prosjektet om kvardagsrehabilitering – Kvardagsrehabilitering i Norge - er eit samarbeidsprosjekt mellom Ergoterapeutane, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS. KS har invitert kommuner til å ta del i effektiviseringsnettverk – «Korleis kome i gang med kvardagsrehabilitering i din kommune?» [Effektiviseringsnettverk KS](#). Prosjekt kvardagsrehabilitering er mellom anna tufta på føremålsparagraf i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

- at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig»

Meland kommune meldte seg på nettverket våren 2015, og har etablert Prosjekt kvardagsrehabilitering i Meland kommune for perioden 2015-2017. Prosjekt kvardagsrehabilitering i Meland kommune har som intensjon å bidra til tenesteutvikling i heimebasert omsorg. Med prosjektet vil kommunen søkje å finne ein modell for korleis kvardagsrehabilitering kan innførast og driftast til beste for både brukar og kommune.

Grunna manglande prosjektfinasiering i oppstartsfasen 2015 og vår 2016 måtte ein vere varsom med framdrift og krav til måloppnåing i denne fasen. Meland kommune fekk etter søknad tilskot frå Fylkesmannen med kr 300.000,- jamfør tilskotsbrev 21.06.16. Effekt av tilskot er i denne rapport relatert til hausten 2016, og ein vil søkje vidareføring av tilskot for 2017.

## 2. Kva er kvardagsrehabilitering?

Kvardagsrehabilitering er rehabilitering mens brukar bur i eigen heim. Målstyrt, tidsavgrensa og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at brukar oppnår auka funksjon, hindre funksjonsfall og deltaking, bur heime med verdighet og mestrer dei kvardagslege gjeremål sjølv.

Kvardagsrehabilitering er basert på systematisk kartlegging av brukar sin funksjon, motivasjon og ønsker for eigen kvardag, ein plan med målsetting og tidspunkt samt systematiske vurderingar av progresjon og endring i planen. Brukar er deltakar i planarbeid og vurderingar. Kvardagsrehabilitering inkluderer kombinasjonar av trening, teknologiske løysingar, endring av omgjevnader og samarbeid med pårørande. Kvardagsrehabilitering er basert på ein intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjon vert betra.

Viser til meir informasjon via til dømes nettressurs [Kva er kvardagsrehabilitering?](#)

### **3. Mål, målgruppe, tiltak og evaluering**

Meland kommune vil freiste utvikle og prøve ut ein modell for kvardagsrehabilitering i perioden 2015-2017. Kommunen vil arbeide utfrå eit folkehelseperspektiv, med fokus på tryggleik, mestring og livskvalitet for den einskilde brukar. Arbeidet skal gje dokumentert kunnskapsgrunnlag for å vurdere etablering i fast drift frå 2018.

Kvardagsrehabilitering vert innført som ein tverrfagleg arbeidsmetode for tidleg innsats for innbyggjarar med begynnande funksjonsfall eller endra hjelpebehov. Meland ønskjer i tillegg å inkludere yngre brukarar med nedsett funksjonsevne.

Generelt kan kommunen velje mellom ein brei eller ein snever modell. Definisjonen av målgruppe har relativ stor innverknad på innhald og ressursbruk i rehabiliteringsprosessen. For Meland kommune sin del vel ein ei snever målgruppe i 2016 m.a. grunna tilgjengelege ressursar. Dette gjer at ein i 2016 primært har konsentrert verksemda om trening for eit mindre tal tenestemottarar i høve til kvardagsaktivitetar kombinert med intern forankring og informasjonsverksemd.

Brukarar og pasientar i Meland får hjelp til å utnytte og oppretthalde sine ressursar. Dette vil skje via ei tiltaksrekke som bidrar til at ein vert meir sjølvhjulpen, framfor ei tiltaksrekke som overtar funksjonar. Dette bidrar til at den einskilde lengre og med betre funksjon kan fungere i eigen bustad, samt har oppleving av eit godt og rikt liv. Det primære er å bidra til betre velferd/liv for brukar og pårørande. Parallelt vil ein søkje å dokumentere effektar med netto reduksjoner i tildelte vedtakstimer samt utsatt behov andre typar heimeteneste og/eller institusjonsplass.

#### **3.1 Leiar og tenesteytar – ulike roller og arbeidsoppgåver**

Det er ei sentral oppgåve i prosjektperioden å tydeleggjere fordeling av roller og arbeidsoppgåver i det tverrfaglege arbeidet med kvardagsrehabilitering. Dette gjeld både mellom dei ulike organisasjonsniva samt internt på teneste nivå. Dette punktet må det arbeidast meir systematisk med samt utarbeidast som del av eit kvalitetssystem for kvardagsrehabilitering og rettleiar/opplæring i kommunen. Vi kjem til å nyttiggjer oss an nettressursar som [Tenesteytar - roller og arbeidsoppgåver](#) og [Leiar - roller og arbeidsoppgåver](#)

### 3.2 Mål i prosjektperioden –status 2016

	MÅL	Tiltak	Evaluering/effekt/resultat <u>Ulike verktøy i vurderingsarbeid</u>	Status 2016
<b>Hovudmål:</b>	<p>Meland kommune vil prøva ut ei arbeidsform innan kvardagsrehabilitering som er målstyrt, tidsavgrensa og tverrfagleg. Dette er for at brukar skal oppnå auka funksjon og deltaking, bu heime med verdighet og mestrer dei kvardagslege gjeremål sjølv.</p> <p>Omsorgstenesta i Meland skal ha eit førebyggjande og rehabiliterande tankesett der vi legg vekt på å støtte brukar til mestring av aktivitetar i kvardagen.</p> <p>Omsorgstenester skal unngå å gje passifiserande tenester som fremmer brukar sine behov for hjelp/bistand.</p> <p>Kommunen vil samle erfaring for å kunne fremje forslag til korleis kvardagsrehabilitering kan vidareutviklast og implementerast i kommunal drift frå 2018. Prosjekt kvardagsrehabilitering skal difor bidra til kunnskaps- og erfaringsutveksling, deling av tenesteutvikling generelt og kvardagsrehabilitering spesielt.</p>	<p>Vurdering eller val av tiltak innan kvardagsrehabilitering. Val av tiltak vert nærare presisert, men nokre dømer kan vere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definere eit utgangspunkt før ein starter intervensjon. Dette kan være feks identifikasjon av brukar sine eigne ønske og behov i høve til aktivitet, beskriving av aktiviteitsfunksjon og – utvikling hos brukar, eller beskriving av omgjevnadane og tilrettelegging for aktivitet.</li> <li>• Klargjere om ein person har behov for fysio-ergoterapi eller om tilbud frå andre er meir tenleg</li> <li>• Dokumentere effektar av arbeidsform</li> <li>• Ved søknader om nye eller økt helse og omsorgstenestar vert det vurdert om Kvardagsrehabilitering kan vere den rette tenesta til søkar.</li> </ul>	<p>Det er ein føremon å kunne evaluere på ulike nivå som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur – rammer, kompetanse, tilgjengelegheit.</li> <li>• Prosess – konkrete aktivitetar i rehabiliteringsforløp. Val av prosedyrer ol.</li> <li>• Resultat – aktuelle gevinstar for brukar, kommune og samfunn</li> </ul> <p>Viktig å ta i bruk karleggings- og effektverktøy som er tilrådd via KS.</p> <p>Kommunen ønskjer å nytte strategier som tek utgangspunkt i brukar sine behov og ønskjer i forhold til aktivitet og deltaking. Deretter vel ein strategier for å trene eller legge til rette for relevante aktivitetar.</p>	<p>Grunna utval med reletivt få pasientar haust 2016 har ein sikra evne til å gjennomføre intensjon i kvardagsrehabiliteringsløpet kombinert med tilgjengelege ressursar.</p> <p>Ein har nytta prosjektorganisering etter intensjon, og anbefalte kartleggingsverktøy er nytta – IPLOS, SPPB og COMP.</p> <p>Kvardagsrehabilitering er ei arbeidsform som ser ut til å fungere i Meland. Ein har imidlertid for lågt tal pasientar i 2016 til å konkludere om effektar, og ein vil søkje om vidareføring av tilskot i 2017 for å auke tal pasientar.</p> <p>Dei pasientane som har gjennomført metodikken gjev tilbakemelding om at dei er tilfredse med progresjon og ein kan dokumentere auka sjølvmeistring utfrå individuelle mål jamfør kartlegging før, under og etter aktivitet.</p>

<b>Delmål 1:</b>	<p>For brukar – auke livskvalitet og betre helse i kvardagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon og motivering til brukarane og pårørande.</li> <li>• Auka og klart definert hjelp frå tenesteytarane i ein avgrensa periode (vedtakstimar og tidsperiode).</li> <li>• Arbeide for godt tverrfagleg samarbeid for brukar.</li> </ul>	<p>Bruke til dømes: ADL registrering saman med IPLOS COPM og SPPB Brukartilfredshet</p>	<p>Haust 2016 har ein gjennomført motiverande intervju med 8 pasientar som er blitt tilvist. Ein har nytta anbefalt kartleggingsverktøy, og fagteam (sjukepleiar, ergoterapeut og fysioterapeut) har gjennomført aktuelle kurs i metodikk.</p> <p>Det har vore gjennomført informasjonskurs for alle tilsette i heimetenesta.</p> <p>Prosjektgruppa har deltatt i nettverk via KS, og har hatt fast møteverksemd om lag kvar veke (1 t).</p> <p>COMP halvtids- og heiltidsevaluering viser auka individuell funksjon og tilfredsheit hjå deltakande pasientar. Lågt tal pasientar gjev imidlertid at ein er varsom med å trekke konklusjonar. Ein har trong for å auke tal pasientar ila 2017 for å få større stastikkgrunnlag.</p>
<b>Delmål 2:</b>	<p>For kommunen - reduksjon vedtakstimar/ikkje auke i vedtakstimar innan heimetenesta for den einskilde brukar.</p> <p>Utsette trong for institusjonsplass.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vere bevisst ved val av pasient i oppstartsperioden, og fylgje inkluderings- og eksklusjonskriterier.</li> <li>• Gje hjelp til brukar i samsvar med gjeldande vedtak. Viktig med god kartlegging for å finne rett vedtaksnivå.</li> <li>• Stillingsressurs 50% til kvardagsrehabilitering.</li> <li>• Ein må utarbeide kvalitetssystem for kvardagsrehabilitering med fokus på rutiner, prosedyrer,</li> </ul>	<p>Registrerer vedtakstimar før, undervegs og etter oppstart av kvardagsrehabilitering. Måle ved oppstart vil gje oss eit utgangspunkt for evaluering etter 3 mnd, 6mnd og 12 mnd.</p> <p>Reduksjon av vedtakstimar hjå brukarar som har hatt kvardagsrehabilitering, dette frigjer ressursar hjå heimetenesta.</p> <p>Dokumentere at kvalitetssystem er etablert, blir revidert og at</p>	<p>Lågt tal pasientar hausten 2016 kombinert med at dei fleste pasientane som i utgangspunktet har vedtak om tenester faktisk takka nei til deltaking i kvardagsrehabiliteringsprosjekt gav utfordringar. Grunn for å takka nei var generelt at ein var engsteleg for å få redusert tenestevolum.</p> <p>Av dei som takka ja til deltaking har under 50% hatt vedtakstimar ved oppstart i prosjekt. Låg tal pasientar samla sett gjev at ein må vere varsom med å trekke konklusjonar.</p>

		opplæringsplanar, informasjonsmateriell til brukar og pårørande, rettleiing av tenesteytarar mm	aktuelle avvik vert handtert.	Kommunen nytta tid i 2016 til å etablere fagteam og førebu prosjektet i prosjektgruppa kombinert med nettverkssamlingar og intern informasjon. Ein kom ikkje i gong med individuell teneste før oktober 2016. Dette gjev at ein pt ikkje har pasientvolum til å trekke konklusjonar i høve til økonomisk gevinst (t.d generell reduksjon i vedtakstimar) i 2016. Tilskot frå fylksemannen i 2016 ført til frikjøp av ein sjukepleiar i 40%. I tillegg styrka ein grunnbemanninga på dagvakter 5dg i veka frå september relatert til prosjektet. Ein har her arbeidd med å utvikle interne rutiner, informasjonsmateriell og rettleiing av personale.
<b>Delmål 3</b>	For arbeidstakar – bidra til eit meiningsfullt og tilfredsstillande arbeid. Utvikle motivasjon og skape eit godt arbeidsmiljø og økt trivsel.	I prosjektperioden vert det arbeida aktivt med haldningar hjå tilsette og brukarar i høve til kvardagsrehabilitering og korleis ein kan arbeide med tenesta. Kursdagar/opplæring i heimetenesta med eksterne og interne foredragsholdere. Gjennomført to dagar i mai 2016, og planleggjar 2 dagar i september 2016. Kvardagsrehabilitering har hatt ein fast del på gruppemøter, personalmøter og arbeidslagsmøter. Planlegger kursdager til høsten med ekstern foredragsholder med tema: Etikk og kvardagsrehabilitering.	Evaluering i gruppemøter, i medarbeidersamtaler og medarbeidarkartlegging. Spesielt fokus på medarbeidartilfredshet.	Kvardagsrehabilitering som metode er tatt opp i gruppemøter og personalmøter for å sikre forankring. I journalsystem CosDoc finn ein no informasjon om kvardagsrehabilitering for den aktuelle pasient som deltar.  Hausten 2016 rakk ein ikkje å inkludere metodikk kring kvardagsrehabilitering i medarbeidarkartlegging eller medarbeidersamtale. Dette er planlagt gjennomført i 2017 kombinert med auka erfaring.

### 3.3 Målgruppe

Meland kommune vil i oppstart av prosjektperioden ha følgjande omfang og avgresning:

- inkluderingskriterier/ grunnlag for kartlegging:
  - Brukarar som første gang søker kommunale tenester (eigen søknad på teneste/hjelpemidler, henvisning frå sjukehus eller utskriving frå korttidsplass)
  - Brukarar som har tenester- men som søker økning/ endring av tenester
  
- ekskluderingskriterier for deltaking:
  - Brukarar uten rehabiliteringspotensialer f. eks alvorlig progredierende sykdom.
  - Brukarar med alvorlig kognitiv svikt

### 3.4 Erfaringar brukarar har av tiltaket og opplevd nytte i 2016

Hausten 2016 har 8 personar vore invitert med i prosjektet. Ein finn her at 7 av desse har takka ja til deltaking. Av desse 7 har 4 gjennomført kvardagsrehabiliteringmetodikk. Av dei 3 andre som takka nei har COPM kartlegging vist at ein ikkje var motivert, ein har hatt plutselig funksjonsfall etter MI, COPM og SPPB, og den siste har hatt for høgt funksjonsnivå og dermed vært utenfor kriteriene (jfr MI). Sjølv om tal inviterte deltkakarar har vore for lågt til at ein kan konkludere, kan erfaringane vere nyttige i det vidare arbeidet i prosjektet.

Kartlegging før, under og etter for brukarar viser, ved bruk av COPM (aktivitetskartleggingsverktøy), betydeleg auka score på brukar sin oppleving av aktivitetsutføring og tilfredsstillelsen med aktivitetsutførelsen etter endt kvardagsrehabilitering. SPPB (fysisk kartleggingsverktøy) viser faktisk betra fysisk funksjon og Ipløs (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk som beskriver bistandsbehov til ein person) viser nedgang i behov for tenester.

Pasientane melder at dei er godt nøgde med at dei sjølve, ut i frå COPM-kartlegging, velger ut kva for aktivitetar som skal trenes på i kvardagsrehabiliteringa og at det er dei som rangerer måla ut frå eiga rangering (inntil 5 mål). Dei melder at dette er med og motiverer til innsats.

Hausten 2016 har vi ikkje tilstrekkeleg erfaring med å nytte verktøy for å måle innsats pasientane sjølv har lagt ned i eigentrening. Ein har ikkje i tilstrekkeleg grad nytta formalisert «kontrakt»/ avtale med brukar som sier noko om kva kommune krev av dei (eigeninnsats) og kva dei kan forvente av kommunen. Meir aktiv bruk at kontrakt i 2017 vil t.d. kunne dokumentere kortare innsatsperiode frå kommune kombinert med auka/raskare innsats/ressursbruk i kvardagsrehabilitering hjå den einskilde pasient/brukar.

Vidare har ein hausten 2016 heller ikkje tilstrekkeleg erfaring med involvering av pårørande i metodikken. Meir aktivt fokus på pårørande i 2017 kan gje dokumentasjon på om deira innverknad på pasient kan bidra til auka motivasjon og eigentrening. I tillegg vil truleg pårørande kunne ha ein viktig funksjon når det «tette opplegget» vert avslutta frå kommune.



### **3.5 Er behov for kompensierende tenester blitt redusert i 2016?**

Som nemnd i punkt 3.4 har ein hausten 2016 invitert 8 personar med i prosjektet. Av desse hadde 6 personar ikkje enkeltvedtak ved invitasjon, mens 2 personar hadde vedtak kjent behov for auka tenester. Då dei fleste av deltakarane ikkje hadde gjeldande vedtak på tenesteyting er det ei utfordring å skulle dokumentere effektar av kompensierende tenester for 2016.

Dette arbeidet vert intensivert i 2017 og ein vonar at ein då får eit betre grunnlag for å finne effektar lokalt i Meland.

### **3.6 Er det kvalitative og økonomiske gevinstar for brukar og kommune i 2016?**

Igjen må ein vise til lågt tal deltakarar og soleis utfordring med å konkludere. Når det gjeld kvalitative gevinstar har ein nytta målekort COPM (aktivitetskartleggingsverktøy) dei som har takka ja til deltaking. I tillegg har ein tilsvarende dokumentasjon frå dei som er avslutta i prosjektet.

Resultat frå målekort syner generelt betre utføring av aktuell aktivitet jfr eigne individuelle mål, samt auka grad av tilfredshet under halvtids- og heltidsevaluering i kvardagsrehabiliteringsprosessen. Denne prosessen inkluderer:

- Tid kartlegging i COPM + IPLOS + SPPB
- Evaluering ift COPM + IPLOS + SPPB under og etter
- Ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleie setter opp treningsprogram utfrå kartlegging
- Tid trening heimesjukepleie
- Vedtak heimesjukepleie/praktisk bistand organisert som kvardagsrehabilitering med inntill 6 veker

Når det gjeld økonomisk gevinst har ein for lågt volum deltakarar til å påstå moglege effektar. Ein har prioritert å sette inn auka ressursar/ intensiv trening for måloppnåelse i den tida pasienten har tatt del i prosjektet. Økonomisk gevinst oppnås ei stund etter avslutta kvardagsrehabilitering, t.d. når gjeldande vedtakstimar vert redusert og ein om mogleg kan dokumentere utsetting av framtidig behov for institusjonsplass. Ein vil arbeider meir aktivt med å etablere gode rutiner for registrering av tidsbruk/ressursinnsats i 2017 kombinert med auka tal deltakarar. Imidlertid har nok prosjektgruppa per tid meir tru på at oppnåeleg økonomisk effekt meir vert retta mot at ein innanfor gjeven økonomisk ramme kan bistå fleire pasientar enn at ein skal «spare» pengar.

## 4. Organisering og metode

### 4.1 Prosjektorganisering

Prosjekteigar	Ingvild Hjelmtveit - rådmann
Prosjektleiar/referent	Lise Helene Paulsen - kommuneergoterapeut
Styringsgruppe	Utval for levekår - politikk
Prosjektgruppe	Lise Helene Paulsen – kommuneergoterapeut Britt Romarheim - leiar Meland heimeteneste Karin Skjelvik - avd.leiar Meland heimeteneste Solrun T. Albrechtsen - avd.leiar korttids- og rehabiliteringsavdeling v/Solkroken Gro Hagen - sjukepleiar heimetenesta Magne Legernes - fysioterapeut
Intern rådgjeving / støtte	Helge Kvam - rådgjevar
Referansegruppe	Fellesråd eldreråd/råd for menneske med nedsett funksjonsevne.

### 4.2 Tenesteorganisering og metode

Kommunar som starter opp med kvardagsrehabilitering kan i prinsippet velje mellom to hovudmodellar.

- Modell 1 – Spesialistmodell, der eit tverrfagleg team med ergoterapeut, fysioterapeut, sjukepleiar og heimetrenarar har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av heile rehabiliteringsprosessen.
- Modell 2 – Integrrert modell, der ergo-/fysioterapeut har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetar med brukar vert utført av medarbeidarar i heimetenesta etter rettleiing frå terapeutane.

Meland kommune vil i prosjektperioden prøve ut modell 2 - ein integrert modell. Då det i 2016 ikkje er tilført prosjekttressursar anna enn tilskot via Fylkesmannen er det ei utfordring å få etablert ei fullverdig integrert modell no. Like fullt vel kommunen å starte opp sjølv om ein risikerer at framdrift kan gå noko seinare enn ønska.

### **4.3 Har tiltaket overføringsverdi til andre kommunar og er viktig for praksis?**

Det nye med kvardagsrehabilitering, i alle fall for Meland sin del, er særleg to vesentlege ting: typen brukarar som kjem med og måten me skal samarbeida på tverrfagleg og fordela oppgåver mellom yrkesgruppene.

Mange av dei aktuelle brukarane får vanlegvis tildelt meir «tradisjonelle » tenester som heimehjelp og heimesjukepleie utan noko større fokus på ressursar og rehabiliteringspotensial. Helsepersonell går kanskje inn og utfører aktivitetane for dei eller hjelper dei, og kan på den måten vera med på å understreka hjelpetrong og skjula mogelege ressursar og motivasjon og evne til å klara seg sjølv. Det kan også vera ein tendens til at brukar beheld den hjelpa han har fått og kanskje får tildelt meir utan noko grundig vurdering av kva som kan gjerast for å redusera hjelp frå det offentlege.

Prosjektmodellen baserar seg på ein ny måte å arbeida og samarbeida på. Høgskuleutdanna (ein ergoterapeut, ein fysioterapeut og ein sjukepleiar) utgjer «motoren», dei som vurderar, undersøker og planlegg saman med brukar. Nokre gonger vil dei også vera direkte involverte i tiltaka, men i andre tilfelle overlet dei dette til andre medarbeidarar og får rolla som rettleiar.

Grunna relativ kort erfaringstid vil ein vere varsom med å meine for mykje om overføringsverdi per no. Ein ser likevel at noverande erfaringar i Meland samsvarer med erfaringar frå andre kommunar som har kome legre i prosessen. Dette i seg sjølv er eit viktig moment i dei vidare prioriteringane.

### **4.4 Er innovasjonsmetodikk blitt nytta i 2016?**

Prosjektgruppa vurderer at ein i 2016 har prøvd å nytte innovasjonsmetodikk. Dette er ein metodikk forstått som ein nedanfrå og opp tilnærming der ein søker å mobilisere brukarar som er nær utfordringa, nær løysning og nær utføring av endringsarbeidet.

På overordna nivå gjev dette arbeidet utfordringar for endringsleiing der ein oppfordrer til stadig nye samarbeidskonstellasjonar. Ein er søkande etter ekstra ressursar og våger å investere i ny teknologi for å hauste gevinstar på sikt. Det er samstundes naudsynt å søke erfaringar frå ulike kompetansemiljø og våge å prøve ut arbeidsformer og korrigere kurs undervegs. Det er eit mål at prosjektet skal syne at arbeidsformen kan bidra til å bygge kapasitet i organisasjonen slik at ein står betre rusta til å handtere komande utfordringar.

Det å nytte innovasjonsmetodikk syner seg både på kort og lengre sikt. For Meland sin del skal ein bygge ny kommune saman med Lindås og Radøy frå 2020, og innovasjon er sentralt å arbeide vidare med også innan omsorgssektoren. Prosjekt kvardagsrehabilitering vil her bli koplast med samordning innan velferdsteknologi for desse 3 kommunane i det vidare arbeidet i 2017.

## 5. Framdriftsplan 2017

Tiltak	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Kommentar
Ferdigstille kvalitetssystem for kvardagsrehabilitering med fokus på rutiner, prosedyrer, rettleiing av tenesteytarar mm								x		x		x	
Ferdigstille opplæringsplanar, informasjonsmateriell til brukar og pårørande						x				x	x		
Ferdigstille rettleiingsdokument som gjev informasjon om kvardagsrehabilitering i kommunen											x		
Arbeide med evalueringsverktøy som sikrar fokus på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur – rammer, kompetanse, tilgjengelegheit.</li> <li>• Prosess – konkrete aktivitetar i rehabiliteringsforløp. Val av prosedyrer ol.</li> <li>• Resultat – aktuelle gevinstar for brukar, kommune og samfunn</li> </ul>											x		
Prøve ut tiltak for brukarar, føre statistikk og dokumentasjon	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Samordning kvardagsrehabilitering og velferdsteknolog. Ein vil søkje seg inn i det nasjonale programmet for velferdsteknologi.				x									
Referansegruppe					x						x		

## 6. Rapportering, ressursbruk og økonomi

Meland kommune etablerte prosjektet i 2015/2016 utan tilføring av intern prosjektfinansiering anna enn bruk av noverande personalressurs og innanfor gjeldande økonomisk ramme/drift. Frå juni 2016 fekk ein tilskot via Fylkesmannen, og ein vil søkje vidareføring av tilskot for 2017.

Erfaringar frå prosjekt kvardagsrehabilitering 2016 syner at det er trong for å frigjere prosjektpressurs då det er tids- og ressurskrevjande å arbeide med haldningsendringar, opplæring og informasjonsverksemd hjå personalet og ut blant brukarar/potensielle prosjektdeltakarar. Krav til dokumentasjon av kartlegging og resultat vert intensivert i 2017.

Prosjektgruppa rapporterer til styringsgruppa v/Utval for levekår samt til rådmann. Referansegruppa vert utfordra til å gje innspel med jevnlege mellomrom.