

Utredning av bruk av opplæringsvedtak til brukere i etat for helsetjenester og etat for hjemmebaserte tjenester.

Innledning	2
Oppgaven som foreslås endret	3
Kunnskapsgrunnlag/dagens praksis	5
Vurderingsteam:	5
Helsetjenester i hjemmet utført av hjemmebaserte tjenester (HBT):	6
Hverdagsrehabilitering	8
Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget	9
Kriterier og lovhenvvisning	10
Møter med andre kommuner	12
Mål – hva vil vi oppnå med vårt foreslåtte tiltak?	14
Grupper/oppgaver som kan være aktuell for tiltaket	16
Gevinstpotensial	18
Forslag til indikator for måloppnåelse	19
Aktuelle tiltak	20
Vurderinger av tiltakene	20
Alternativ 0: ingen endringer	20
Alternativ 1: Ta i bruk opplæringsvedtak i vurderingsteam	21
Alternativ 2: Ta i bruk opplæringsvedtak i HBT	22
Alternativ 3: Ta i bruk opplæringsvedtak både i vurderingsteam og i HBT	23
Alternativ 4: Ta i bruk opplæringsvedtak i Hverdagsrehabilitering.....	23
Alternativ 5: Brukere som kommer rett fra korttidsopphold (SKB/SKR) med nytt eller økt hjelpebehov, får opplæringsvedtak i HBT	24
Forutsetninger for en vellykket gjennomføring.....	25
Styrende dokumentasjon som må tilpasses	28

Innledning

Kommunens helse- og omsorgstjenester står overfor økende press som følge av vedvarende mangel på helsepersonell, demografiske endringer og et stadig mer komplekst oppgavebilde. For å møte disse utfordringene arbeider prosjektet *Tildeling og utmåling av tjenester i Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg (BEHO)* med å utvikle tiltak som sikrer at kommunens ressurser brukes målrettet, effektivt og til fordel for dem som har det største behovet.

Et sentralt premiss for dette arbeidet er å dreie tjenestene i retning av økt egenmestring og redusert avhengighet av langvarige og kompenserende tjenester. Dette er nødvendig både for å sikre bærekraft i tjenestene, for å utnytte tilgjengelig kompetanse best mulig og for å gi brukere bedre forutsetninger for å leve selvstendige liv.

Helsedirektoratet har i sitt arbeid med tildelingsprosesser påpekt at helse- og omsorgstjenester ofte tildeles uten tydelige målsetninger og med mangelfull systematikk for evaluering og revurdering. Dette kan føre til at tjenester videreføres i lengre perioder enn nødvendig, og at potensialet for rehabilitering og opplæring ikke realiseres. Et mer strukturert og målrettet tjenesteløp er derfor avgjørende for å sikre kvalitet, effektivitet og rettssikkerhet i tildeling og oppfølging av tjenester.

Formålet med denne utredningen er å vurdere hvordan **opplæringsvedtak** kan benyttes systematisk for å styrke brukers selvstendighet, sikre bedre ressursutnyttelse og etablere et tydeligere rammeverk for målsetting, oppfølging og evaluering av tjenester. Opplæringsvedtak gir en tidsavgrenset, målrettet form for bistand, der intensjonen er at bruker – med tilpasset opplæring og støtte – skal kunne mestre oppgaver selvstendig etter en definert periode.

Dagens praksis innebærer at mange brukere får tjenester fra Hjemmebaserte tjenester gjennom vedtak som ofte strekker seg over lange perioder, selv i situasjoner der behovet er midlertidig eller der bruker har et reelt potensial for selvstendigjøring. Erfaringer fra tjenestene viser også at avslutning av tjenester kan være krevende når brukere og pårørende opplever at et langvarig enkeltvedtak gir en form for «rett» til fortsatt bistand, selv om behovet er endret.

Ved å ta i bruk opplæringsvedtak i større grad kan kommunen styrke systematikken i oppfølgingen av brukere med opplæringspotensial, redusere varigheten av kompenserende tjenester, og sikre at tildelingen ligger nærmere lovkrav og nasjonale anbefalinger. Samtidig kan tjenestene i større grad bygge kultur for mestring, tydelig forventningsavklaring og målrettet arbeid – til fordel både for brukere og for kommunen som helhet.

Denne utredningen vurderer derfor ulike modeller for å innføre opplæringsvedtak i Vurderingsteam, Hjemmebaserte tjenester og Hverdagsrehabilitering, samt hvordan

tiltaket kan bidra til bedre kvalitet, økt måloppnåelse og mer effektiv bruk av kommunens samlede kompetanse og ressurser

Oppgaven som foreslås endret

Vi har tidligere prøvd ut opplæringsvedtak i noen bydeler. Erfaringene var varierte, og ordningen ble gradvis faset ut. I dagens organisering med tverrfaglig team i hjemmebaserte tjenester, mener arbeidsgruppen at en vil ha større mulighet for å lykkes med selvstendigjøring og det å styrke brukers egne ressurser.

Siden den gang har kommunen både utviklet nye tjenester. Etablering av Vurderingsteam og Hverdagsrehabilitering som har overtatt en betydelig del av det systematiske arbeidet med opplæring og rehabilitering der dette vurderes som hensiktsmessig.

Nylig har man også overført ergo- og fysioterapeuter til Etat for hjemmebaserte tjenester, Vurderingsteam og Etat for behandlingssentre og sykehjem. På den måten har man styrket det tverrfaglige fokuset på selvstendigjøring av brukere, og avslutning av tjenester som ikke lenger er nødvendige.

I dagens organisering fattes det imidlertid ikke vedtak om opplæring i tjenestene.

- Brukere som mottar Hverdagsrehabilitering, får vedtak på rehabilitering i hjemmet når varigheten overstiger 14 dager
- Brukere som får tjenester fra Vurderingsteam, får ikke vedtak før de eventuelt overføres til annen tjeneste.

Når brukere overføres til hjemmebaserte tjenester, får de vedtak om helsetjenester i hjemmet. Disse gis ofte for lengre perioder, typisk 1-2 år – med mindre det ikke er tydelig at oppgaven som skal utføres er tidsbegrenset. Da fattes kortere vedtak. Dette innebærer at mange brukere mottar kompenserende tjenester i lange perioder uten at det nødvendigvis foreligger en systematisk vurdering av om opplæring kunne gjort dem mer selvhjulpne.

Hjemmebaserte tjenester rapporterer at de i mange tilfeller strever med å få avsluttet tjenester, selv når brukerne etter en faglig vurdering ikke lenger fyller kriteriene eller er blitt selvhjulpne. Opplevelsen er at både bruker og pårørende anser at et enkeltvedtak innebærer en rett til videre bistand, og at tjenesten er «bundet» av vedtaket. Dette kombinert med faktorer som ulik forståelse av forvaltningspraksis, tidspress, manglende felles metodikk og mange ansatte involvert i samme brukerforløp, gjør det utfordrende å avslutte tjenester.¹

Som en sykepleier uttrykte i møte med representanter for arbeidsgruppen:

¹ Arbeidsgruppens møte med sykepleiefaglige konsulenter i EHBT

«Det tar lengre tid å se på at bruker utfører oppgaver, enn å gjøre oppgaven for dem»

I forbindelse med *utredning av tiltak i forbindelse med legemiddelhåndtering*², var bruk av opplæringsvedtak et av tiltakene som ble vurdert og anbefalt.

«Det skal alltid vurderes om opplæringsvedtak eller tidsavgrenset er hensiktsmessig, før langvarig vedtak om helsetjenester til legemidler fattes»

Selv om legemiddelhåndtering er én aktuell oppgave for opplæringsvedtak, er det sannsynlig at denne tilnærmingen vil være relevant for en bredere gruppe oppgaver og brukerforløp – eksempelvis personlig stell, støttestrømper eller bruk av nye hjelpemidler.

Dette åpner for en mer helhetlig modell der opplæringsvedtak kan bli et tydelig og konsekvent virkemiddel i arbeidet med å fremme brukers selvstendighet.

Definisjoner brukt i utredningen³:

Forkortelse	Betydning	Forkortelse	Betydning
HBT	hjemmebaserte tjenester	VURD	Vurderingsteam
HSY	hjemmesykepleie	VURK	Vurderingskontor
HVREH	Hverdagsrehabilitering	INST	Institusjon
SKB	Sykehjem korttid/behandling	EBS	Etat for behandlingssentre og sykehjem
SKR	Sykehjem korttid/rehabilitering	HT	Helsetjenesteteam
PBP	Praktisk bistand person	OT	Omsorgsteam
ERV	Ergoterapi voksne		
FYV	Fysioterapi voksne		

² [Utredning av tiltak for medikamenthåndtering](#)

³ Tjenestekoder og forkortelser fra pasientjournalssystemet Profil

Kunnskapsgrunnlag/dagens praksis

Vurderingsteam:

VURD kartlegger de fleste nye søkere til hjemmesykepleie (HSY) og praktisk bistand person (PBP) med enkelte unntak som er regulert i interne retningslinjer⁴.

Teamene arbeider tverrfaglig og har som hovedoppgave å vurdere brukers rehabiliterings- og opplæringspotensial. Parallelt ytes nødvendig helsehjelp i kartleggingsperioden. Det fattes imidlertid ikke vedtak for selve VURD-tjenesten, heller ikke når brukeren følges tett i 14–28 dager og avsluttes direkte etter kartleggingsperioden uten videre tjenester. Bruker får et brev om at de er innvilget vurdering fra vurderingsteam.

Dersom de har mottatt nødvendig helsehjelp parallelt med kartlegging i 14-28 dager, og det foreligger en skriftlig søknad, vil VURK fatte kortvarig vedtak om hjemmesykepleie.

Dersom bruker vurderes å ha tjenestebehov utover fire uker, overføres bruker til HBT senest innen fire uker fra oppstart.⁵ Brukere som kan bli selvstendige innenfor fire uker får opplæring og rehabilitering i VURD så lenge man ser progresjon.

Dersom man vurderer at det fortsatt er muligheter for videre progresjon etter perioden på 4 uker, vurderes enten henvisning til Hverdagsrehabilitering⁶ for vurdering til rehabilitering, eller overføring til HBT for mer langvarige forløp.

Noen brukere har et *midlertidig behov* som vil avsluttes uavhengig av hvem som utfører tjenesten, f.eks. injeksjon i tre uker eller øyedråper i fire uker. Per i dag er det slik at dersom bruker kartlegges til å ikke ha opplæringspotensiale til å utføre oppgaven selv og/eller ikke er motivet for opplæring, så overføres bruker til HBT med et midlertidig behov, uavhengig av lengden på behovet. Det fattes da midlertidig vedtak tilpasset oppgaven eller tidsperioden som er beskrevet (for eksempel, injeksjoner i 6 uker)

På denne måten benytter VURD sine ressurser til å kartlegge nye brukere og gi opplæring til disse, i stedet for å fortsette å yte helsehjelp til de som er vurdert til å ha behov utover 4 uker.

For brukerne med midlertidige behov utover 4 uker, vil konsekvensen være at de må forholde seg til flere ulike team/tjenester i Bergen kommune. For tjenestene betyr det

⁴ Dokument «EHT - fordeling av søknader mellom vurderingsteam og saksbehandlersteam», ID 12399 - BkKvalitet

⁵ Dokument «EHT, EHBT - Samhandling Vurderingskontor, Vurderingsteam, Helsetjenestetteam og Omsorgsteam», ID 2959 - BkKvalitet

⁶ Dokument «EHT, EHBT - Samhandling mellom vurderingskontor, vurderingsteam, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie om brukere som innvilges tjenesten hverdagsrehabilitering», ID 4680 - BkKvalitet

en del administrasjon og standarder knyttet til oppstart av en tjeneste som kanskje bare skal ytes i en kort periode.

Nøkkeltall fra VURD (oktober 2025)⁷

- Antall søkere: **2348**
- Herav søkere til hjemmesykepleie: **1542 (65,7%)**
- Søknader som endte med innvilget hjemmesykepleie: **870 (56,4% av HSY-søkerne)**
- Søknader som ikke endte med hjemmesykepleie: **627 (40,7%)**
- Totalt fikk **37 %** av alle søkere hjemmesykepleie (870 av 2348).

Tallene antyder at en stor andel av brukerne ikke fyller kriteriene for HSY, eller at de blir selvhjulpne gjennom opplæring i VURD

Det er særlig i gruppen som overføres til HBT etter kartlegging, at arbeidsgruppen mener det kan ligge et uutnyttet potensial for opplæring og selvstendighetstrening utover fireukersperioden. Dette gjelder brukere med definerte midlertidige behov, som infeksjoner, funksjonsfall eller behov for opplæring, samt brukere som antas å kunne bli selvhjulpne med mer enn fire ukers strukturert innsats.

Avvik

Det har vært reist spørsmål om Vurderingsteamene ikke benytter muligheten for 4 ukers kartleggingsperioden fullt ut, men overfører brukere til HBT for tidlig. Dette er brukere som ved å bli værende hos VURD i 4 uker, kunne vært gjort selvstendige, uten behov for videre tjenester.

For å undersøke et eventuelt omfang av slike hendelser har vi sett på antall avvik mottatt i Vurderingsteamene ved overføring av brukere til HBT.

Funnene viser at det kun ble meldt 12 avvik i 2024⁸, som omhandler mangelfull kartlegging utført av Vurderingsteamet. Vi har dermed ingen indikasjon om at vurderingsteamets kartlegging av pasienter er for kort eller på annen måte mangelfull.

Helsetjenester i hjemmet utført av hjemmebaserte tjenester (HBT):

Brukerne meldes fra vurderingskontoret eller vurderingsteamet. Alle nye brukere får en oppstartsamtale i løpet av de første ukene sammen med primærkontakt, for å sikre god pasientoppfølging.

⁷ Vurderingsteamet sitt eget gevinstrealiseringsverktøy

⁸ Meldingsmodulen i BK kvalitet

Brukere som har vært i VURD overføres med et utfylt kartleggingsskjema, mens de som kommer direkte fra sykehus eller korttidsopphold i kommunal institusjon, meldes fra VURK. Det følger da med en kort oppsummering av brukers behov og omfanget av hjelpen som skal gis. Det vises ellers til e-meldinger/sykepleierapporter for ytterligere opplysninger.

Vedtak for nye brukere/tjenester fattes vanligvis innen 4 uker.

HBT vurderer konkret hjelpebehov ut fra opplysninger som foreligger i overføringsrapport fra vurderingsteam eller utskrivelsesrapport/epikrise fra sykehus.

I det videre forløp vurderer HBT fortløpende om tjenesten som gis er tilpasset brukers behov, eller om man skal redusere/avslutte.

HBT har ukentlige tverrfaglige tavlemøter mellom helsefagarbeider, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, velferdsagent og klinisk ernæringsfysiolog hvor man drøfter og utarbeider tiltak for aktuelle brukere.

Det utføres ukentlige samtaler mellom lederne i HT (helsetjenesteteam) og OT (omsorgsteam) for å sikre at brukerne får bistand på rett nivå. Det utføres også primærmøter mellom HT og OT x 2 pr. måned.

Primærkontaktene har hovedansvaret for oppfølging av den enkelte bruker og skal i henhold til rutiner, evaluere tjenesten og oppdatere sammenfatning hver tredje måned. Tjenestene som gis er komplekse og til svært varierende brukergrupper.

Etter ny organisering i forbindelse med Heltom, jobber HBT mer målrettet enn tidligere. Det kommer likevel fram i møtet med fagansvarlige sykepleiere at flere brukere har potensial for selvstendighet, og at tjenesten i større grad kunne vært avsluttet dersom man jobbet mer systematisk med opplæring, og forventningene til bruker ble tydeligere kommunisert. Dette gjelder særlig brukere med midlertidig funksjonsfall, de som kommer hjem fra institusjonsopphold, og brukere som trenger tid til å bli selvhjulpen i de oppgavene de får bistand til.

Det er ulike grunner til at man ikke får avsluttet tjenestene i dag, selv om man fra et faglig ståsted vurderer at bruker kunne vært selvhjulpen.

Disse kan være:

- Mange brukere og pårørende opplever trygghet i at tjenesten kommer, selv når bistanden ikke lenger er nødvendig.
- Vedtak har ofte lang varighet, noe som kan skape en forventning om rett til varig hjelp.
- Avslutning av tjenester krever en omfattende prosess med dokumentasjon, varsel om opphør, brukerinnspill, vedtak og mulig klagebehandling.

- Det er varierende kjennskap i tjenesten til muligheten til å endre vedtak etter forvaltningsloven, selv om alle vedtak inneholder formulering om fortløpende vurdering og mulighet for endring/avslutning.
- Tjenesten består av mange ansatte med ulike arbeidsmetoder, noe som kan gi ujevn praksis og manglende systematikk i opplæring og evaluering.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering arbeider systematisk og målrettet med opplæring, rehabilitering og mestring i dagliglivets aktiviteter. Metoden er velutviklet, og tjenesten har vist gode resultater over flere år. Når tjenesten varer utover 14 dager, fattes det enkeltvedtak. Mange opplæringsløp er imidlertid kortere og krever derfor ikke vedtak.

Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som bare ytes på dagtid i ukedager. De er organisert slik at terapeuter og sykepleiere vurderer brukers rehabiliteringspotensiale, og utarbeider rehabiliteringsplan for den enkelte bruker, mens hjemmetrenere(helsefagarbeidere) følger opp brukeren i det daglige.

I 2025 fikk 536 brukere tjenesten HVREH.⁹ Opplæringsløp omfatter i hovedsak opplæring i konkrete ferdigheter som brukerne trenger for å mestre daglige aktiviteter. Eksempler er stomioppfølging, dusj, kompresjonsstrømper, bruk av enkle hjelpemidler. Det gis i liten grad opplæring i legemiddelhåndtering.

Ordinære hverdagsrehabiliteringsløp retter seg mot brukere som har behov for mer målrettet trening og støtte for å gjenvinne eller forbedre funksjonsevne etter sykdom, skade eller funksjonsfall. Her arbeider man med å styrke brukerens selvstendighet gjennom tidsavgrensede, planlagte rehabiliteringstiltak. Eksempler på aktiviteter er morgenstell, lage mat, gå til postkasse/butikk og ta buss.

Det er i dag helsefagarbeidere som trener med bruker. Terapeuter og sykepleiere kartlegger og vurderer behov for tjenester, samt gir veiledning til helsefagarbeiderne og til brukere.

Dersom alle brukere med opplæringspotensial skulle overføres til Hverdagsrehabilitering (også de med potensiale for å bli selvstendig i legemiddelhåndtering), ville det kreve betydelig økning i ressurser. Arbeidsgruppen antar det også ville vært behov for å utvide teamet til kveld og helg.

⁹ Tall hentet fra Profil

Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Dagens praksis viser at:

- VURD identifiserer mange brukere med opplæringspotensial, men opplæringen er tidsavgrenset til fire uker og det fattes ikke vedtak.
- HBT har brukere med midlertidige behov og opplæringspotensial som ofte ender opp med langvarige vedtak.
- HVREH har god metodikk, men begrenset kapasitet og kompetanse til å håndtere alle typer opplæringsoppgaver.
- Det finnes allerede identifisert potensial særlig innen legemiddelhåndtering, men også i andre oppgaver der bruker kan bli selvhjulpen.
- Det er manglende systematikk i hvordan opplæring vurderes, gjennomføres og følges opp.

Til sammen peker dette mot et betydelig rom for å bruke opplæringsvedtak som et strukturert og målrettet virkemiddel på tvers av tjenestene.

Kriterier og lovhenvisning

Hjemmesykepleie, praktisk bistand person, ergo- og fysioterapi for voksne er alle Helsetjenester i hjemmet (HSY, PBP, ERV, FYV). Kriterier for disse og Hverdagsrehabilitering (HVREH) reguleres av lovverk og kommunale kriterier og nasjonale føringer.

De kommunale kriteriene bygger på Lov om kommunale tjenester og pasient og brukerrettighetsloven, og angir hvem som har rett til hvilke tjenester og hvilken type bistand som er nødvendig for å dekke grunnleggende helse- og omsorgsbehov.

Tabellen under er utklipp av kommunens egne kriterier.

Kriterier¹⁰

<p>Helsetjenester i hjemmet (HSY, PBP, ERV, FYV)</p> <p><u>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 a og b</u></p> <p><u>Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1 a.</u></p> <p> <u>Legemiddelhåndteringspyramiden (Nivå 1)</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Hjemmeboende personer som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse og som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende helse og omsorgsbehov.• Personer som ikke kan ta omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål.• Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs formål og som er utført av helsepersonell. Det er pasientens medisinske tilstand som er avgjørende for hvilken hjelp pasienten har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha.• Dagliglivets gjøremål er personlige oppgaver som utføres daglig f.eks. personlig hygiene, toalettbesøk, av og påkledning, tilbereding av måltid
	<p>Legemiddelhåndtering</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle som kan oppsøke/følge opp helsehjelp utenfor hjemmet skal benytte apotek, legekontor eller andre private løsninger for å få multidose/få levert legemidler.• Multidose skal være førstevalget hos pasienter som kvalifiserer for hjelp til legemiddelhåndtering.

¹⁰ [Dokument «EHT Kriterier for tildeling av pleie og omsorgstjenester i BEHO», ID 1711 - BkKvalitet](#)

	<p>Alle som kan benytte seg av multidose, skal ha multidose. Dosering skal kun gjøres unntaksvis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruk av medisindispenser skal vurderes/prøves ut før helsetjenestene må dele ut legemidler. • Det skal alltid vurderes om opplæringsvedtak eller tidsavgrenset vedtak er hensiktsmessig, før langvarig vedtak om helsetjenester til legemiddelhåndtering fattes
<p>Hverdagsrehabilitering - HVREH</p> <p><u>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 a</u></p> <p><u>Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1 a.</u></p>	<p>Voksne, hjemmeboende personer som er motivert og i stand til å yte egeninnsats, og har evne til samarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ med nylig funksjonsfall (brått eller gradvis) som ønsker å gjenvinne funksjon, slik at de igjen kan mestre daglige gjøremål, som f.eks. påkledning, dusj, gå på butikken eller andre aktiviteter som er viktige for den enkelte å kunne mestre igjen. ○ eller som søker hjemmetjenester for første gang ○ eller skrives ut fra institusjon med behov for videre rehabilitering og implementering av mål i eget hjem og/eller nærmiljø

Juridisk grunnlag for opplæringsvedtak

Opplæringsvedtak vil ha hjemmel både i pasient- og brukerrettighetsloven og i helse- og omsorgstjenesteloven.

Hovedbestemmelsene som er relevante:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (3. ledd)

Kommunen har ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift.

→ Dette innebærer en plikt til å sikre at tjenestene ikke blir stående uendret over tid uten vurdering. Opplæringsvedtak er et virkemiddel for å ivareta denne plikten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

Slår fast kommunens ansvar for personlig assistanse, herunder opplæring, og helsetjenester i hjemmet.

→ Opplæring inngår eksplisitt i lovens tjenestebeskrivelse og kan derfor tildeles som enkeltvedtak.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3

Bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

→ Dette understreker også at tjenester skal stå i forhold til brukerens *faktiske* behov, og skal kunne endres når behovet opphører eller funksjonsevnen forbedres.

Vurdering opp mot opplæringsvedtak

Lovverket og kriteriene viser tydelig at kommunen:

- skal gi nødvendige, individuelt tilpassede tjenester
- skal evaluere og korrigere tjenestene fortløpende
- kan gi opplæring som selvstendig tjeneste når dette er i tråd med brukerens behov.

Videre har kommunen en klar rettslig hjemmel for å fatte tidsavgrensede vedtak med mål om at bruker skal oppnå selvstendighet. Dette gjelder særlig der brukers behov er midlertidig eller hvor det foreligger opplæringspotensial.

De juridiske rammene gir derfor solid støtte til å bruke opplæringsvedtak som virkemiddel for å:

- redusere varigheten av kompenserende tjenester
- tydeliggjøre forventninger til både bruker og tjeneste
- sikre struktur og målrettet oppfølging
- ivareta kommunens dokumentasjons- og vurderingsplikt

Slik praksis vil også bidra til økt rettssikkerhet, fordi vedtakene får tydeligere mål, varighet og evalueringspunkter.

Møter med andre kommuner

Som en del av utredningsarbeidet har vi innhentet erfaringer fra andre kommuner som rapporterer bruk av opplæringsvedtak i noen grad. Kommunene ble valgt basert på KOSTRA-rapportering og opplysninger om at de hadde en etablert praksis eller pågående arbeid knyttet til opplæring i hjemmetjenestene. Samtalene ga et nyttig sammenligningsgrunnlag for vurdering av hvordan opplæringsvedtak kan gjennomføres og følges opp i Bergen kommune.

Kommunenes arbeid med opplæring

Alle kommunene som deltok i samtalene – Voss, Sandnes og Karmøy – beskriver at de har søkelys på opplæring i forbindelse med tildeling av hjemmetjenester. De benytter både tidsavgrensede vedtak og opplæringsvedtak, med varighet som varierer fra fire uker til tre måneder, avhengig av brukerens behov og oppgavens kompleksitet.

Typiske oppgaver det gis opplæringsvedtak på, inkluderer:

- legemiddelhåndtering
- støttestrømper
- dusj og personlig stell
- enkelte andre oppgaver som kan gi raskt mestringsutbytte

Felles for kommunene er at hvert enkelt tilfelle vurderes individuelt: ansatte vurderer alltid om bruker har et reelt potensial for å bli selvstendig i den aktuelle oppgaven før langvarig bistand tildeles.

Bruk av mål og vurderingsverktøy

Flere av kommunene oppgir at de har fokus på tydelige mål i vedtakene. Dette innebærer blant annet:

- bruk av **SMARTE mål** (spesifikke, målbare, aksepterte, realistiske og tidsbestemte)
- systematisk dokumentasjon av progresjon
- klar forventningsavklaring med bruker og pårørende

Kommunene viser også til **Helsedirektoratets prioriteringsveileder**¹¹ som viktig støtte i saksbehandling av opplæringsløp og vedtak. Dette gir en felles, faglig fundert metodikk som sikrer både kvalitet og likebehandling.

Organisering og samhandling

Alle kommunene understreker at tett samarbeid mellom saksbehandler og primærkontakt er viktig for å lykkes. Dette gjelder både ved:

- målsetting
- evaluering
- beslutning om videreføring eller avslutning av tjenester

God samhandling gjør det lettere å sikre at vedtakene er konkrete, målrettede og realistiske, samtidig som det bidrar til høyere kvalitet i evalueringen.

Voss er den kommunen som har gått lengst i å knytte saksbehandlere tett til tjenestene.

¹¹ [Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet](#)

De har valgt å organisere saksbehandlere fysisk ute i tjenestene, der de jobber i tett dialog med primærkontakter. Dette har gitt:

- mer målrettede vedtak
- hyppigere og mer presise evalueringer
- flere tjenesteavslutninger

Kommunen rapporterer også om positive resultater: De har færre brukere i dag enn i 2020, og vurderer at dette ikke ville vært mulig uten et tydelig opplæringsfokus.

Samtidig er modellen ressurskrevende og fører til:

- økt administrativt arbeid
- mer behov for koordinering
- høy turnover blant saksbehandlere, noe som er særlig sårbart i en mindre kommune.

Oppsummering

Erfaringene fra andre kommuner viser at opplæringsvedtak er et effektivt virkemiddel dersom:

- mål er tydelige,
- vedtakene er tidsavgrensede,
- det følges opp med systematisk evaluering
- tjenestene har en etablert kultur for mestring og selvstendighet.

Samtidig viser Voss kommune at mer omfattende organisatoriske grep kan gi betydelig effekt, men også høyere ressursbehov og risiko for belastning på saksbehandlingsfunksjonen.

Disse erfaringene gir et nyttig erfaringsgrunnlag for Bergen kommune når mulige modeller for opplæringsvedtak skal vurderes videre.

Mål – hva vil vi oppnå med vårt foreslåtte tiltak?

Formålet med denne utredningen er å vurdere om og hvordan opplæringsvedtak kan tas i bruk i Vurderingsteam, Hjemmebaserte tjenester og/eller

Hverdagsrehabilitering, for å styrke brukers selvstendighet og sikre en mer målrettet, evaluerbar og effektiv tjenestetildeling. De tre tjenestene leverer alle helse- og omsorgstjenester i hjemmet, og det er derfor avgjørende å vurdere hvordan opplæringsvedtak kan innføres på tvers av organisasjonen på en måte som gir både faglig og økonomisk gevinst.

Økt selvstendighet hos brukere

Opplæringsvedtak skal bidra til at flere brukere mestrer daglige oppgaver selv, slik at behovet for langvarige, kompensierende tjenester reduseres. Dette støtter opp under kommunens mål om å fremme egenmestring og redusere varig tjenestebruk.

Bedre og mer målrettet ressursbruk

Kommunen står i en vedvarende mangel på helsepersonell, og ressursene må brukes der de gir størst effekt. Opplæringsvedtak gir en strukturert ramme for å prioritere midlertidig bistand når det forventes at bruker kan bli selvhjulpen innen en definert tidsperiode.

Systematisk tjenestetildeling med klare mål og hyppigere evaluering

Helsedirektoratet har påpekt behovet for tydeligere mål og mer systematiske vurderinger av tjenestene. Opplæringsvedtak vil gi tydelige rammer for mål, tiltak og evaluering, og forventes å styrke kvaliteten i kommunens tildelingspraksis.

Støtte en ønsket kulturendring i tjenestene

Selvstendighetsfokus krever både tydeligere forventninger og en kultur som understøtter systematisk evaluering og avslutning av tjenester. Opplæringsvedtak kan fungere som et praktisk verktøy for å forsterke denne kulturen i HBT og VURK, i tråd med tillits- og faglighetsreformen.

Redusere veksten i tjenestebehov som følge av demografi

En mer systematisk satsing på opplæring og selvstendighet vil kunne motvirke forventet økning i behovet for hjemmetjenester i årene fremover, og dermed styrke bærekraften i tjenestene.

Avgrensning av målsettingen

Utredningsarbeidet har hatt som premiss at endringer i strukturen mellom tjenestene ikke inngår i mandatet. Det er derfor vurdert tiltak som kan gjennomføres uten store organisatoriske endringer, og som kan iverksettes innenfor dagens tjenestestruktur. Dette innebærer at opplæringsvedtak først og fremst forstås som et arbeidsverktøy – ikke som en omorganisering.

Forholdet til tidligere utredninger

Arbeidsgruppen har hatt særlig oppmerksomhet på funnene i den tidligere utredningen om legemiddelhåndtering, der bruken av opplæringsvedtak ble trukket fram som et sentralt virkemiddel. En del av den forventede økonomiske gevinsten i denne utredningen er allerede forutsatt i det arbeidet.

Strategiske refleksjoner om videre utvikling

Selv om utredningen ikke har vurdert store organisatoriske endringer, identifiserte arbeidsgruppen at det på sikt kan være ytterligere gevinst å hente dersom ressurser og kompetanse knyttet til opplæring og rehabilitering samles tydeligere i ett tjenestoområde – eksempelvis gjennom en utvidelse av Vurderingsteamets mandat.

En slik organisatorisk endring ville kreve en egen utredning. Arbeidsgruppen ser for seg at man sannsynligvis ville ha behov for flere administrative ansatte og mulige omfordelinger av fagressurser. Selv med mulig høy gevinst ligger dette utenfor denne utredningens mandat.

Konklusjon

Målene med å innføre opplæringsvedtak er både tjenestefaglige, organisatoriske og økonomiske. Summen av målene er å sikre at:

- kommunen gjør det som er faglig riktig
- brukere får relevant og målrettet hjelp på rett tidspunkt,
- tjenestene jobber etter en felles metodikk som verdsetter selvstendighet
- ressursene brukes effektivt i møte med en stigende etterspørsel etter kommunale tjenester. Dette gir økt bærekraft i tjenestene.

Slik fremstår opplæringsvedtak som et sentralt virkemiddel for å realisere både faglige og strukturelle mål i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Grupper/oppgaver som kan være aktuell for tiltaket

Arbeidsgruppen har gjennom dialog med Hjemmebaserte tjenester, Vurderingsteam og Vurderingskontoret, kartlagt hvilke brukergrupper og oppgaver som vi mener er godt egnet for opplæringsvedtak eller midlertidige vedtak. Kartleggingen viser at det er et betydelig potensial for å styrke brukeres selvstendighet, redusere varigheten av kompenserende tjenester og sikre mer målrettet tjenesteyting når opplæring brukes systematisk.

Tjenestene er samstemte om at tydeligere metodikk for opplæring og mer konsekvent bruk av tidsavgrensede vedtak vil gjøre det lettere å avslutte tjenester når behovet faktisk er midlertidig eller kan opphøre gjennom opplæring. Dette gjelder særlig i overgangene fra sykehus og korttidsopphold, og i overgangen fra VURD til HBT.

Kunnskapsgrunnlaget viser at flere grupper av brukere kan ha nytte av opplæringsvedtak. Dette gjelder brukere som:

- **Kommer direkte fra behandlingssenter (uten å ha vært i VURD)**

Disse brukerne meldes ofte med behov som viser seg å være kortvarige eller endre seg raskt etter hjemkomst. Hjemmebaserte tjenester poengterer uttrykker at det er i

hjemmet man ser den faktiske funksjonen – og at mange kan bli selvstendige med kort, strukturert opplæring.

- **Har redusert funksjonsnivå grunnet infeksjon eller midlertidig sykdom**

Funksjonsnivået bedres gjerne over få uker. Uten et opplæringsfokus kan brukere bli værende unødvendig lenge i kompenserende tjenester.

- **Har nylig funksjonsfall (gradvis eller akutt)**

Brukere som opplever funksjonsendringer i hverdagen, kan gjennom opplæring gjenvinne mestringsevnen innen relativt kort tid.

- **Har midlertidig forvirring eller kognitiv endring**

Denne gruppen kan trenge tett støtte i en avgrenset periode, men har ofte potensial for bedring og selvstendighet.

- **Har psykiske helseutfordringer som trenger kortvarig hjelp**

En strukturert opplæringsperiode kan gi trygghet og bidra til at bruker raskt kommer tilbake til tidligere mestringsnivå.

- **Opplever akutte endringer i helsetilstand eller livssituasjon**

Dette kan omfatte kriser, tap, sykdom eller andre forhold som midlertidig svekker evnen til å håndtere daglige oppgaver.

Aktuelle oppgaver for opplæringsvedtak

Flere typer oppgaver pekes ut som spesielt egnet for opplæring:

- **Legemiddelhåndtering**

Dette er et av områdene med størst potensial, både i volum og faglig gevinst. Tidligere utredninger har allerede anbefalt opplæringsvedtak her. Brukere kan ofte trenes i bruk av multidose, medisindispenser eller trygg egenadministrasjon.

- **Dusj og personlig stell**

Mange brukere kan bli selvhjulpne i deler av eller hele oppgaven dersom det legges til rette for teknikk, hjelpemidler og tilpasset opplæringsplan.

- **Ernæring og matforberedelse**

For eksempel tilrettelegging av måltidsrutiner, enkle grep i kjøkkenet eller struktur for måltidsplanlegging.

- **Stomistell og sondemat**

Brukere kan lære håndtering, hygiene og rutiner med støtte fra fagpersonell over kort tid.

- **Urinkateter og øyedråper**

Mange brukere kan mestre dette når de får systematisk opplæring.

- **Insulin og andre injeksjoner**

Med tett faglig oppfølging kan enkelte brukere lære å administrere injeksjoner selv.

- **Støttestrømper**

Opplæring i teknikk eller bruk av påtrekkingshjelpemidler kan gjøre mange brukere selvhjulpne.

- **Bruk av nye hjelpemidler**

Som løftehjelpemidler, rullator, ganghjelpemidler eller tilrettelegging i hjemmet.

Fellesnevnerne for oppgaver som egner seg

Oppgavene som vurderes som mest aktuelle for opplæringsvedtak har flere fellestrekk:

- **De kan trenes på i hjemmet** – der bruker faktisk skal fungere.
- **De gir rask progresjon** når opplæring skjer strukturert.
- **De gir tydelig måloppnåelse**, som gjør det enkelt å vurdere når vedtak skal avsluttes.
- **De reduserer behovet for langvarige tjenester** når bruker mestrer oppgaven.

Gevinstpotensial

Arbeidsgruppen mener at systematisk bruk av opplæringsvedtak kan gi:

- større grad av selvstendige brukere
- raskere avslutning av tjenester
- mindre variasjon i praksis mellom team og bydeler
- bedre forventningsavklaring til bruker og pårørende
- frigjorte ressurser i HBT
- bedre etterlevelse av tidligere anbefalinger innen legemiddelhåndtering
- økt kvalitet og likebehandling på tvers av tjenestene

Forslag til indikator for måloppnåelse

For å kunne måle effekt av opplæringsvedtak og følge utviklingen av tjenestene på en systematisk måte, er det nødvendig å etablere tydelige og målbare indikatorer. Vi har ikke egne tjenestekoder for opplæringsløp i Profil i dag, noe som gjør det umulig å hente ut tall for hvor mange brukere som mottar opplæring eller hvilke resultater dette gir. Uten slike koder mangler kommunen et grunnlag for å vurdere kvalitet, måloppnåelse og gevinstrealisering.

Nye tjenestekoder og tilhørende indikatorer vil:

- gjøre det mulig å skille opplæringsløp fra ordinære tjenester
- gi grunnlag for statistikk, styringsinformasjon og rapportering
- synliggjøre omfanget av opplæringsvedtak
- legge til rette for måling av progresjon og tjenesteløp

Foreslåtte tjenestekoder:

- **HSYO** – opplæring i helsetjenester i hjemmet (HT-team)
- **PBPO** – opplæring i praktisk bistand person (OT-team)

Tjenestekodene vil gi et tydelig skille mellom opplæringsoppgaver, kompensierende tjenester og rehabilitering.

Indikatorene bør gi et helhetlig bilde av både omfang, resultater og effekter av opplæringsløp. De bør være:

- målbare
- repeterbare
- egnet for styring og oppfølging
- relevante både for tjenestene og for ledelsesnivå

Antall opplæringsvedtak

- Antall brukere som mottar opplæringsvedtak over en periode (månedlig)
 - Ved overgang fra VURD
 - Ved overgang fra SKB/SKR
- Fordelt på tjenestetype (HSYO, PBPO)

Antall brukere som etter fullført opplæringsløp:

- avslutter tjenesten helt
- får redusert tjenesteomfang
- går over til ordinære tjenester

Varighet på opplæringsvedtak

- Gjennomsnittlig og median varighet
- Antall evalueringer og eventuelle forlengelser
Dette gir innsikt i om opplæringsløpene er realistisk utformet og om praksis er konsistent.

Aktuelle tiltak

Alternativ 0: ingen endringer

Alternativ 1: Ta i bruk opplæringsvedtak i vurderingsteam

Alternativ 2: Ta i bruk opplæringsvedtak i HBT

Alternativ 3: Ta i bruk opplæringsvedtak både i vurderingsteam og i HBT

Alternativ 4: Ta i bruk opplæringsvedtak i Hverdagsrehabilitering

Alternativ 5: Brukere som kommer rett fra korttidsopphold, får opplæringsvedtak i hjemmebaserte tjenester

Vurderinger av tiltakene

Alternativ 0: ingen endringer

Dagens praksis videreføres. Det innebærer at:

- VURD og Hverdagsrehabilitering fortsetter som i dag
- HBT mottar brukere med langvarige eller midlertidige vedtak uten tydelig systematikk for opplæring eller avslutning

Konsekvenser:

- Tjenestene fortsetter å yte bistand utover lovpålagt nivå
- Lite systematikk i opplæring og tjenesteavslutning

- Ressursbruken i HBT forblir høy og vil trolig øke

Vurdering:

Tiltaket **anbefales ikke**, da det ikke adresserer identifiserte utfordringer

Dagens praksis innebærer begrenset bruk av opplæringsvedtak, lite systematikk i evaluering og en høy andel tjenester som blir stående lengre enn nødvendig. Dette fører til at kommunen yter bistand utover det lovpålagte nivået, og det er betydelige utfordringer med å avslutte tjenester selv når brukers behov har opphørt.

Ressursbruken i HBT forblir høy og forventes å øke ytterligere dersom ikke arbeidsmetodikken endres.

Alternativ 1: Ta i bruk opplæringsvedtak i vurderingsteam

Fordeler:

- Ved å videreføre VURD slik det er i dag:
 - Brukere får vedtak på nødvendig helsehjelp utover 14 dager
 - Mer kontinuitet for brukerne
- Ved utvidelse av VURD slik at brukere kan få VURD utover 4 uker, dersom fortsatt potensiale for selvstendigjøring:
 - Utvidelse av en etablert rigg med god måloppnåelse
 - Klare grenseflater mot HBT, som kan spesialisere seg på langvarig bistand
 - Potensielt mer effektiv ressursutnyttelse

Ulemper:

- Ved å videreføre VURD slik det er i dag:
 - Minimal gevinst i form av at flere brukere blir selvstendige
 - Økt ressursbruk i VURK (flere vedtak, hyppigere evaluering)
- Ved utvidelse av VURD slik at brukere kan få VURD utover 4 uker, dersom fortsatt potensiale for selvstendigjøring
 - behov for omfordeling av ressurser
 - økt bruk av høyskolekompetanse til oppgaver som kunne vært utført av annet personale
 - behov for mer administrasjon og eventuelt større lokaler
 - Økt ressursbruk i VURK (flere vedtak, hyppigere evaluering)

Vurdering:

Tiltaket **anbefales ikke**.

Dersom opplæringsvedtak innføres i VURD uten at man utvider perioden tjenesten er hos brukerne, gir tiltaket minimal økonomisk gevinst. VURD følger allerede brukere i inntil fire uker og arbeider systematisk med opplæring der dette er hensiktsmessig.

Tiltaket vil gi en gevinst for bruker, som vil få vedtak på helse- og omsorgstjenester i hjemmet utover 14 dager. I henhold til forvaltningsloven skal man fatte vedtak på nødvendig helsehjelp som går utover 14 dager, og i noen tilfeller vil dette gjelde brukere som er i VURD. Dette vil imidlertid gi en ikke ubetydelige økt ressursbruk til administrasjon, i form av et økt antall vedtak som skal fattes.

Man har tidligere valgt å ikke fatte vedtak i VURD. Bakgrunnen for det var at tjenesten som gis først og fremst er en vurdering/kartlegging.

En reell økonomisk gevinst for dette tiltaket ville krevd en utvidelse av VURD utover 4 uker, dersom bruker fortsatt har potensiale for selvstendiggjøring. For å få til en slik utvidelse måtte man gjøre en større vurdering av behov for omfordeling av, og videre av omfang og type vedtak.

Slike endringer og vurderinger ligger utenfor denne utredningens mandat og tiltaket anbefales derfor ikke.

Alternativ 2: Ta i bruk opplæringsvedtak i HBT

Fordeler:

- Brukere som ikke er i behov av helsetjenester i hjemmet avsluttes
- Styrker kultur for mestring og selvstendighet
- Styrker det tverrfaglige arbeidet i HBT
- Gir tydelige forventninger til bruker og pårørende
- Gjør det enklere å avslutte tjenester når målet er nådd

Ulemper:

- Økt ressursbruk i VURK (flere vedtak, hyppigere evaluering)
- Krever kompetanseheving og at man utarbeider system for ny arbeidsmetodikk i HBT og VURK (ressursbruk)

Vurdering:

Tiltaket anbefales og vurderes som gjennomførbart uten større organisatoriske endringer og gir sannsynlig størst effekt for en betydelig brukergruppe.

Innføring av opplæringsvedtak i HBT vil:

- styrke systematikken i opplæring og oppfølging
- bidra til en kultur for mestring og selvstendiggjøring
- gjøre det enklere å avslutte tjenester når mål er nådd
- gi tydelige forventninger til bruker og pårørende
- redusere varigheten av kompenserende tjenester

Tiltaket vil medføre økt arbeidsmengde i VURK (flere tidsavgrensede vedtak og hyppigere evaluering), men dette anses nødvendige for kvalitetsheving og rettssikkerhet.

HBT er den tjenesten som i størst grad følger brukerne over tid. Tjenesten har fått tilført ergo- og fysioterapiressurser som vil være viktige for å etablere tverrfaglig arbeidsmetodikk for selvstendiggjøring. I tillegg har tjenesten tatt i bruk metoder for evaluering, tverrfaglige møter og primærkontaktsystem – og vil derfor ha gode forutsetninger for å bære dette ansvaret.

Alternativ 3: Ta i bruk opplæringsvedtak både i vurderingsteam og i HBT

Fordeler:

- Samler fordeler fra både alternativ 1 og 2.

Ulemper:

- Samler også ulempene
- Risiko for utydelig ansvarsfordeling og overlapp

Vurdering:

Tiltak anbefales ikke. Selv om tiltaket samler noen av fordelene i alternativ 1 og 2, vil det også samle ulempene:

- økt administrativ belastning
- utydelig ansvarsfordeling
- risiko for dobbeltarbeid
- fare for overlapp mellom tjenester

Som nevnt i alternativ 1 vil det kreve en større omlegging å gjennomføre opplæringsvedtak i VURD dersom man ønsker en endring som gir økonomisk gevinst. En slik omlegging ligger utenfor denne utredningens mandat og vurderes som lite gjennomførbar innen eksisterende rammer.

Alternativ 4: Ta i bruk opplæringsvedtak i Hverdagsrehabilitering

Fordeler:

- Solid faglig metode og struktur
- Erfaring med systematisk opplæring

Ulemper:

- Krever endringer i brukergruppekriteriene
- Betydelig økt ressursbehov
- Tjenesten har kun dagdrift og er ikke dimensjonert for opplæring på kveld og helg (for eksempel legemiddelhåndtering)

Vurdering:

Tiltak anbefales ikke. Hverdagsrehabilitering har en etablert metodikk og oppnår gode resultater, men tjenesten har ikke kapasitet til å overta alle opplæringsoppgaver. HVREH kan være en faglig ressurs i utvikling av metodikk, men ikke som hovedansvarlig for opplæringsvedtak.

Alternativ 5: Brukere som kommer rett fra korttidsopphold (SKB/SKR) med nytt eller økt hjelpebehov, får opplæringsvedtak i HBT

Fordeler:

- Brukerne har ofte kortvarige behov eller potensial for opplæring
- Trening i hjemmet gir mer realistisk vurdering av funksjon
- Tydelig forventningsavklaring til bruker og pårørende
- Motvirker «institusjonalisering» og avhengighet

Ulemper:

- Institusjonene kan miste noe søkelys på selvstendighetstrening
- Økt ressursbruk i VURK (flere kortvarige vedtak)

Vurdering:

Tiltak anbefales. Dette alternativet vurderes som svært relevant og gir høy sannsynlighet for gevinst.

Brukere som kommer fra korttidsopphold, har ofte:

- kortvarige behov
- funksjonsnivå som forbedres når de kommer hjem

- potensial for opplæring i oppgaver som ble gjort for dem i institusjon

Meldte behov fra institusjon viser seg ofte å være midlertidige eller overestimerte. Tjenestene melder dessuten at funksjonen først kan vurderes realistisk når brukeren er hjemme.

Fordelene er tydelige:

- målrettet opplæring ved hjemkomst ved å benytte de tverrfaglige ressursene i HBT
- rask funksjonskartlegging i naturlig miljø
- tydelige forventninger om selvstendighet overfor bruker og pårørende
- redusert risiko for overgang til unødvendig langvarige tjenester

Ulempene er håndterbare:

- institusjoner kan miste noe av sitt søkelys på selvstendighetstrening
- VURK får økt arbeidsmengde. Men man kan se for seg å kunne flytte noen ressurser fra å avslutte langvarige vedtak som krever en omfattende saksbehandlingsprosess, til å ha søkelys på kortere/hyppigere vedtak og evalueringer.

Forutsetninger for en vellykket gjennomføring.

Innføringen av opplæringsvedtak vil innebære endringer i arbeidsmetodikk, forventninger og samhandling på tvers av Vurderingsteam (VURD), Hjemmebaserte tjenester (HBT) og Vurderingskontoret (VURK).

For å sikre en vellykket implementering må tjenestene jobbe tverrfaglig, etablere tydelige strukturer, tilrettelegge for kompetanseheving og skape et felles rammeverk som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og pårørende.

Tidligere erfaringer med implementering av større endringer viser at tiltak av denne typen krever både tid, tydelighet og kontinuerlig oppfølging.

Nedenfor følger de viktigste forutsetningene for god gjennomføring.

Tid og ressurser til implementering

For at tjenestene skal kunne ta i bruk opplæringsvedtak på en systematisk måte, må det settes av tid til å:

- forstå hva tiltaket innebærer
- gjøre nødvendige justeringer i arbeidsflyt
- få opplæring og veiledning
- etablere og teste nye rutiner

Tjenestene står allerede i en hverdag med høyt arbeidspress og mange endringsprosesser. Innføringen av opplæringsvedtak må derfor tilrettelegges slik at ansatte kan innlemme ny praksis uten at det går ut over kvaliteten i tjenestene.

Etablering og revisjon av nye rutiner

Det må utvikles:

- rutiner for opplæringsforløp i HBT
- maler for opplæringsvedtak for VURK
- reviderte samhandlingsrutiner mellom VURD, HBT, VURK og INST

Rutiner må være tydelige, enkle å følge og forankrede i hele organisasjonen. De må omfatte:

- når opplæringsvedtak skal benyttes
- hvem som skal gjøre hva i forbindelse med opplæringsløp
- hvordan mål skal utarbeides i vedtak
- hvordan evaluering skal gjennomføres
- hva som skal dokumenteres i Profil
- hvordan overføring av opplæringsforløp mellom tjenestene skal kommuniseres

Implementeringsgrupper i alle berørte tjenester

Arbeidsgruppen anbefaler å etablere ressurspersoner/team for implementering i alle berørte enheter: VURD, HBT og VURK.

Deres ansvar vil være å:

- Samhandle med arbeidsgruppen
- sikre lokal forankring
- utvikle og kvalitetssikre interne rutiner
- bidra til evaluering av samhandlingsrutiner
- følge opp praktiske utfordringer
- innhente erfaringer og gi tilbakemeldinger til arbeidsgruppen

Antall personer bør tilpasses størrelsen på den enkelte tjeneste og kompleksiteten i endringen i hver enhet.

Støtte i fagsystemene

For å følge opp opplæringsvedtak trenger man:

- nye tjenestekoder i PROFIL (HSYO, PBPO)
- bistand fra nivå 1 til å identifisere indikatorer og hente ut data

Uten dette vil kommunen ikke kunne måle effekten av tiltaket eller dimensjonere tjenestene riktig.

Ledelsesforankring og kontinuerlig oppfølging

Tiltaket krever tydelig forankring i linjeledelse på alle nivå:

- Etatsdirektør, enhetsledere, avdelingsledere og fagledere

Ledelsen må:

- kommunisere mål og forventninger
- sikre tid og ressurser
- følge utviklingen av indikatorer
- støtte ansatte i endringsprosessen
- sørge for vedvarende fokus over tid

Endringer av denne typen lykkes kun dersom ledelsen følger opp tett i implementeringsperioden.

Arbeidsgruppen foreslår følgende felles retningslinjer for opplæringsløp

Uavhengig av hvilken tjeneste brukeren kommer fra, skal følgende gjelde for alle opplæringsvedtak:

1. Målsetting

- Mål skal være SMARTE og forståelige for bruker og tjeneste.¹²

2. Normert varighet

- Opplæringsvedtak bør ligge mellom **14 dager og 3 måneder**, basert på individuell vurdering.

¹² [Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.pdf](#)

3. Systematisk evaluering

Vedtak skal evalueres på:

- måloppnåelse
- behov for videre opplæring eller avslutning

4. Avslutning av tjenester

Tjenesten skal avsluttes når målet er oppnådd.

- Bruker skal få tydelig informasjon og trygghet gjennom hele prosessen.
- VURK må følge forvaltningslovens krav ved endring og opphør.

Styrende dokumentasjon som må tilpasses¹³

Arbeidsgruppen har identifisert følgende styrende dokumentasjon som må vurderes for revisjon i forbindelse med innføring av opplæringsvedtak. Listen er ikke uttømmende. Behov for ny styrende dokumentasjon må vurderes i implementeringsarbeidet.

EIER	Navn på dokument
EHBT	Dokument «EHBT Primærkontaktsystemet i etat for hjemmebaserte tjenester», ID 6564 - BkKvalitet
	Dokument «EHBT Sjekkliste for primærkontakt», ID 6563 - BkKvalitet
	Dokument «EHBT Mottak av ny pasient i hjemmesykepleien », ID 7253 - BkKvalitet
EHT/VURK	Dokument «EHT - rutine for saksbehandling (helse og omsorgstjenester)», ID 16167 - BkKvalitet
	Dokument «VURK- arbeidsprosesser ved tildeling av pleie og omsorgstjenester i hjemmet», ID 1585 - BkKvalitet
	Dokument «VURK- arbeidsprosess samhandling og annet», ID 18714 - BkKvalitet
	Dokument «VURK - Avklaringsteam arbeidsrutine », ID 29896 - BkKvalitet

¹³ Dokumenter fra BK kvalitet

	<u>Dokument «EHT - Samhandlingsprosedyre mellom vurderingsteam og Vurderingskontor for voksne og eldre», ID 15813 - BkKvalitet</u>
	<u>Dokument «EHT, EBS, EHBT - Samhandling mellom Kommunal allmennmedisinsk sengepost (KAS), Vurderingskontor (VURK), Vurderingsteam (VURD) og Hjemmesykepleien (HSY) vedrørende ØHD pasienter», ID 4667 - BkKvalitet</u>
	<u>Dokument «EHT, EHBT - Samhandling Vurderingskontor, Vurderingsteam, Helsetjenesteteteam og Omsorgsteam», ID 2959 - BkKvalitet</u>
	<u>Dokument «EHT, EBS, EHBT - Korttidsplasser på behandlingssenter - samhandling ved inn-/utskriving», ID 8462 - BkKvalitet</u>