

StART-prosjektet i Stange kommune

**Del I – Rehabilitering på dagsorden!
Utvikling av hjemmerehabilitering i kombinasjon
med dagbasert rehabilitering**

Kine Lundsbakken

Del II – Erfaringer fra brukere og samarbeidspartnere

Eva Magnus og Gunn Fornes



Kunnskapen du trenger




Stange kommune

Avdeling for helse- og sosialfag

Program for ergoterapeututdanning

Fotos forside: Heidi Kristiansen, Kristiane Huuse, Crestock

Print: Skipnes Kommunikasjon AS 

ISBN 978-82-7877-229-4

StART-prosjektet i Stange kommune

Del I – Rehabilitering på dagsorden! Utvikling av hjemmerehabilitering i
kombinasjon med dagbasert rehabilitering i Stange kommune

Kine Lundsbakken

Del II – Erfaringer fra brukere og samarbeidspartnere

Eva Magnus og Gunn Fornes

Forord

Denne rapporten er et resultat av StART-prosjektet som er gjennomført i Stange kommune i løpet av 2012. Prosjektet er finansiert ved midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, midler til «tilskudd til samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra med mer.»

Sentralt i prosjektet er utprøving av målrettet hjemmerehabilitering i kombinasjon med dagbasert rehabilitering. Rapportens del I beskriver prosjektet og de erfaringer vi har gjort i prosjektperioden, mens del II inneholder en vurdering av brukernes erfaringer med den rehabiliteringsprosess de har vært gjennom, samt erfaringer sentrale samarbeidspartnere har fra prosjektet.

Det er grunn til å takke medarbeidere i prosjektgruppa som har jobbet godt gjennom hele prosjektperioden. Styringsgruppa takkes for mange gode diskusjoner og tilbakemeldinger underveis. Alle samarbeidspartnere har hatt positive holdninger til prosjektet, og rehabilitering har fått økende fokus i kommunen. Vi vil også takke ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag for at de har evaluert prosjektet.

Sist, men ikke minst takkes brukerne for at de delte sine erfaringer fra gjennomført rehabilitering med forskerne i et intervju.

Stange 1.august 2013

Kine Lundsbakken

Prosjektleder

StART -prosjektet

Del I – Rehabilitering på dagsorden! Utvikling av hjemmerehabilitering i
kombinasjon med dagbasert rehabilitering i Stange kommune

Prosjektleder Kine Lundsbakken

Sammendrag

Denne første delen av rapporten formidler beskrivelser av hvordan prosjektgruppa har jobbet i StART-prosjektet og noen erfaringer omkring dette.

Det ble dannet et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Målgruppen var brukere med brått funksjonsfall etter skade eller sykdom.

22 brukere med ulike diagnoser og ulike rehabiliteringsforløp har fått oppfølging i 2012. Vi har kombinert rehabilitering i hjemmet med dagrehabilitering to dager i uken. Alle rehabiliteringsforløpene har vært individuelt tilpasset etter hva som har kommet frem gjennom kartleggingen. Kartleggingen har startet med en målsamtale med bruker, pårørende og to av fagpersonene i teamet. Her har vi lagt vekt på hvilke aktiviteter som er viktigst for brukeren akkurat nå og hva som kan trenes og tilrettelegges for at han/hun mestrer det han/hun ønsker.

I kartleggingen har vi brukt Canadian occupational performance measure (COPM), IPLOS registrering og Bergs balanseskala etter behov.

Brukerne har hatt fremgang i funksjon og har klart seg med mindre offentlig hjelp etter oppfølgingen. De fleste av målene som brukerne satte seg ble oppnådd. Vi i teamet har fått mer kunnskap om rehabilitering og blitt flinkere til å bruke våre kartleggingsverktøy. Vi mener også at vi nå har jobbet godt tverrfaglig.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
1 Innledning	7
Bakgrunn.....	7
Mål.....	7
Målgruppe for prosjektet.....	8
Beskrivelse av tiltak.....	10
Brukermedvirkning.....	11
Rammer/Økonomi.....	11
Evaluering.....	12
2 Begrepsavklaring	13
3 Om arbeidet i StART-prosjektet	15
Planlegging og gjennomføring.....	15
Målsamtale.....	17
Kartleggingsinstrumenter.....	18
Tiltaksplan.....	19
Individuelle rehabiliteringsforløp.....	20
4 Resultater i StART	21
Delmål 1: I prosjektperioden skal det dannes et tverrfaglig team, som kan kombinere rehabilitering i hjemmet med rehabilitering ved et dagsenter.....	21
Delmål 2: I prosjektperioden skal 20 brukere som bor i Stange kommune ha fått oppfølging fra dette teamet	21
Delmål 3: De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha fått et sammenhengende rehabiliteringstilbud med god koordinering mellom tjenestene.....	23
Delmål 4: De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha opplevd stor grad av mestring og deltagelse i dagliglivet. De skal selv ha vært med på å styre rehabiliteringsprosessen og satt seg mål for oppfølgingen.....	25
Delmål 5: Gjennom prosjektperioden skal ansatte i hjemmebasert omsorg, Romedal distrikt og prosjektgruppa ha utvekslet og oppnådd økt kunnskap om rehabilitering i samråd med avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet, Ambulerende rehabiliteringsteam ved SI (ART) og rehabiliteringsavdelingen ved Stange sykehjem.....	30
Delmål 6: Prosjektet skal ha oppnådd en samarbeidsform med hjemmebasert omsorg Romedal distrikt, Stange distrikt og Ottestad distrikt, aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten, den kommunale fysio- og	

ergoterapiavdelingen, rehabiliteringsavdelingen ved Stange helse- og omsorgssenter og privatpraktiserende fysioterapeuter	32
5 Brukereksempler.....	34
A Etter hjerneslag.....	34
B Etter hjerteoperasjon	34
6 Kostnader.....	36
7 Diskusjon.....	37
Videre drift av StART	37
Tverrfaglig jobbing	37
Kombinasjon av hjemmerehabilitering og dagrehabilitering	38
Målsetting	39
Hverdagsrehabilitering	39
Referanser	41
Vedlegg	42
Vedlegg 1 - Organisering av StART-prosjektet	42
Vedlegg 2 - Fremdriftsplan i StART-prosjektet.....	43
Vedlegg 3 - Målsamtale	45
Vedlegg 4 - Målsamtale, ny utgave	46
Vedlegg 5 - Rehabplanen	47
Vedlegg 6 - COPM (Skannet med godkjenning fra Ingvild Kjekken).....	48
Vedlegg 7 – Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)	49
Vedlegg 8 – Skala for endringsvurdering – voksne (ORS).....	51
Vedlegg 9 – Henvisningsskjema	53
Vedlegg 10 - Kostnader	56

1 Innledning

Del I av sluttrapporten presenterer bakgrunnen for StART, hvordan vi har jobbet og våre erfaringer med denne måten å jobbe på.

Prosjekteier er kommunalsjef for helse og omsorg, Tove Nordli Selnes.

Dette er delegert til Mari Skaven Seierstad.

Bakgrunn

Virksomhet for helse og rehabilitering i Stange kommune søkte sommeren 2011 om kr. 1 755 000,- til *"tilskudd til samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra m.m."* fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vi ønsket et nært samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og ambulerende rehabiliteringsteam ved Sykehuset innlandet HF, divisjon habilitering og rehabilitering, avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad. I tillegg ønsket vi å prøve ut intensiv hjemmehabilitering i kombinasjon med dagbasert rehabilitering ved dagsenter. Dette ønsket vi å gjøre gjennom et prosjekt, StART- prosjektet. I følge St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, bør samhandling være helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområde fremover. Sentralt i reformen er større fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Dette krever blant annet god samhandling og brukermedvirkning. I tillegg understrekes behovet for gode helhetlige pasientforløp og tidlig intervensjon. Helhetlige pasientforløp skal i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette prosjektet skulle gjennomføres i tråd med Samhandlingsreformens sentrale fokus.

Et godt rehabiliteringsforløp vil bidra til å redusere behovet for rehabiliteringstjenester i 2. linjetjenesten og behovet for hjemmesykepleie og/eller sykehjemsplass på sikt.

Prosjektet ble tildelt kr. 1,2 mill, og ble gjennomført i 2012. Det ble organisert med prosjektgruppe og styringsgruppe (Vedlegg I).

Prosjektgruppen bestod av prosjektleder (fysioterapeut, 100 %), prosjektmedarbeider (ergoterapeut 80 %), og prosjektmedarbeider (sykepleier 100 % fra høsten 2012). Ergoterapeut i 100 % stilling fra august (Vedlegg 1).

Det ble laget en fremdriftsplan for prosjektet (Vedlegg 2).

Mål

Prosjektet tok utgangspunkt i en antagelse om at mennesker har et grunnleggende behov for å være selvstendige og aktive i eget liv. Når hjelpetiltak settes inn, er det alltid en risiko for at egne ferdigheter reduseres, og at personen innskrenker sin selvstendige aktivitet og deltakelse. Tanken var at vi gjennom hjemmehabilitering kunne fokusere på den delen av personens livsutfoldelse som omhandler evnen til selvstendig og meningsfull aktivitet, og helt konkret guide og bidra til trening i

daglige aktiviteter på de arenaene der de naturlig hører hjemme. "Hjemme" betyr ikke bare inne i eget hus eller leilighet, men omfatter også jobb, nærområder, møteplasser og servicetilbud som måtte finnes der.

Hovedmål:

Oppnådd strukturert og organisert målrettet hjemmerehabilitering i kombinasjon med dagbasert rehabiliteringssenter.

Delmål og tidsplan for prosjektet:

Delmål	Når
I prosjektperioden skal det dannes et tverrfaglig team som kan kombinere rehabilitering i hjemmet med rehabilitering ved et dagsenter.	Februar 2012
I prosjektet skal 20 brukere som bor i Stange kommune ha fått oppfølging fra dette teamet. Starter opp i Romedal distrikt og utvider eventuelt til hele kommunen etterhvert.	Før desember 2012 10 brukere før juni 2012
De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha fått et sammenhengende rehabiliteringstilbud med god koordinering mellom tjenestene.	Kontinuerlig
De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha opplevd stor grad av mestring og deltagelse i dagliglivet. De skal selv ha vært med på å styre rehabiliteringsprosessen og satt seg mål for oppfølgingen.	Kontinuerlig
Gjennom prosjektperioden skal ansatte i hjemmebasert omsorg, Romedal distrikt og prosjektgruppa ha utvekslet og oppnådd økt kunnskap om rehabilitering i samråd med avdeling for fysikalsk medisinsk rehabilitering ved Sykehuset Innlandet (SI), ART (ambulant rehabiliteringsteam ved SI) og rehabiliteringsavdelingen ved Stange sykehjem.	Startet opp før desember 2012
Prosjektet skal ha oppnådd en samarbeidsform med hjemmebasert omsorg Romedal distrikt, aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Etter hvert også Stange distrikt og Ottestad distrikt, og privat praktiserende fysioterapeuter.	Tas opp til vurdering i styringsgruppa i juni.

Målgruppe for prosjektet

Målgruppe for prosjektet var personer som faller mellom de tilbudene som var etablert i kommunen. På den ene siden har kommunen et tilbud på Stange sykehjem for personer med et pleiebehov i tillegg til rehabiliteringsbehov. Statistikk viser at de 69 personene som var innlagt på sykehjemmet for rehabilitering i 2010, hadde en gjennomsnittsalder på 80 år. 10 personer mottok tjenesten dagrehabilitering, disse hadde en snittalder på 73 år. På den andre siden har kommunen en godt utbygd fysioterapitjeneste knyttet til instituttene, der treningsdelen av rehabiliteringsoppleggene ofte blir godt ivaretatt. Mellom disse tilbudene manglet kommunen et helhetlig tilbud til personer som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester med målsettinger knyttet til aktivitet og deltakelse.

Sjefysioterapeut ved Sykehuset Innlandets rehabiliteringsavdeling mente at de skrev ut pasienter som ikke hadde et godt nok rehabiliteringstilbud i kommunen. Dette gjaldt mange med neurologiske, ofte progredierende lidelser, som ALS, MS, følger etter hjerneslag, polio og Parkinsons sykdom, med eller uten kognitiv funksjonsnedsettelse. Pasienter med ulike lungelidelser, spesielt KOLS, var også svært aktuelle. Mange mennesker i disse gruppene er ofte ikke i stand til å følge treningen på et institutt, de har problemer med å overføre treningsgevinsten til sitt daglige liv på hjemlige arenaer, eller problemene er sammensatte og trenger en koordinert tilnærming fra flere faggrupper.

Pasienter med muskel-skjelettplager er spesielt nevnt i samhandlingsreformen som en gruppe pasienter som i større grad skal ha tilbud om rehabilitering i kommunen og ikke i sykehus. Sykehusstilbudet skal være poliklinisk. Bak en problemstilling med langvarige muskel- skjelettplager er det nesten alltid en svært sammensatt historie. For mange er hverdagen broket, den mangler struktur og det er mange utfordringer i dagliglivet. For mange av disse vil et sammensatt, helhetlig tilbud kunne gjøre en stor forskjell.

Sykehuset Innlandet HFs avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering har, i samarbeid med kirurgiske avdelinger i Hedmark, et spesielt tilbud til benprotesebrukere, både de som er skadet etter ulykke, og de som må amputere som følge av sykdom. Også disse mente man kan ha nytte av et integrert dag- og hjemme-rehabiliteringsopplegg i etterkant av utskriving fra avdelingen.

Andre som kunne falle inn under målgruppa, var de som hadde gjennomgått ortopediske operasjoner etter brudd, eller planlagte leddoperasjoner. Svært mange av disse skrives direkte ut til kommunen, mens de bare for få år siden ville fått tilbud om rehabiliteringsopplegg ved ulike private institusjoner. Prosjektet ønsket også å gi denne gruppen en større trygghet for raskt å komme i gang med sine daglige aktiviteter og gjenoppta sin sosiale deltakelse.

Dette var i utgangspunktet eksempler på aktuell målgruppe. Sentralt her var ikke bestemte diagnoser, men heller funksjon og livssituasjon.

Inklusjonskriterier:

- Brått fall i funksjonsnivå ved sykdom/skade og hvor det er mulighet for økning av funksjonsnivå
- Behov for tett oppfølging i en overgangsfase f.eks ved utskriving fra institusjon og tilpasning til ny situasjon
- Behov for at intervensjonen er tverrfaglig/tverretatlig
- Kunne estimere en tidsavgrensning av oppfølgingen
- Definerte mål for intervensjonen
- Motivert for å mestre ulike oppgaver- dagliglivets aktiviteter, sosial deltakelse
- Behov for å trene i kjente omgivelser

Alle kriteriene måtte ikke være oppfylt for å få oppfølging fra oss. Eksempelvis hadde få brukere definerte mål for oppfølgingen før etter kartleggingen. Kriteriet "brått fall i funksjonsnivå" har blitt vurdert og diskutert gjennom hele prosjektperioden. Det diskuteres fortsatt ved nye henvendelser. Spørsmål vi har stilt oss, er: Hva er brått fall i funksjon? Hvor lenge er det siden dette funksjonsfallet osv.

Eksklusjonskriterier:

- Demensproblematikk
- Psykiatrisk problemstilling som grunnlidelse
- Kun pleie- og omsorgsbehov
- Kun aktuelt med enkelt tiltak/behandling

Beskrivelse av tiltak

I utlysningsteksten for prosjektmidler var det understreket at man med begrepet "lokalmedisinske sentra" ikke avgrenset dette til samlokaliserte tilbud, men en organisering basert på helhetlige og integrerte tjenester med gode pasientforløp, og at etableringen må sees uavhengig av fysisk lokalisering av funksjoner som inngår i tiltaket. Mye var uavklart i Stange kommune når det gjaldt etableringen av slike sentra. Verken beliggenhet eller innhold var klart når prosjektet ble igangsatt. Rutiner og samarbeidsmodeller som skulle etableres på området rehabilitering i løpet av prosjektet, mente man ville kunne videreføres uavhengig av sted. I første omgang skulle det igangsettes og prøves ut ved Lille Kjonerud bofellesskap.

Med utgangspunkt i Lille Kjoneruds arealer og personale skulle prosjektet tilby hjemmerehabilitering og dagrehabilitering, med vekt på brukernes målsettinger knyttet til aktivitet og deltakelse på sine vante arenaer. Dette skulle danne utgangspunkt for tiltakene som skulle planlegges og gjennomføres.

Lille Kjonerud har store felles arealer, som kantine, aktivitetsrom, treningsrom, treningskjøkken og gode korridorer. Beliggenheten er gunstig, med gode arealer med god framkommelighet utendørs. Bofellesskapet har egne ansatte, med syke- og hjelpepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut og aktivitør, og etablerte rutiner for tverrfaglig samarbeid.

I prosjektet var hensikten å prøve ut en kombinasjon av dagrehabilitering i og ved senteret to dager i uka, parallelt med hjemmerehabilitering de andre dagene. Den enkeltes behov og kapasitet dannet utgangspunkt for tiltakene. Organisering skulle gi mulighet for intensiv tverrfaglig innsats og egeninnsats, med stor overføringsverdi til hjemlige arenaer og daglige aktiviteter.

Stange kommune har prosedyrer og gode rutiner for bruk av individuell plan, og var i ferd med å innføre Elektronisk Individuell Plan, eIP. Program var innkjøpt og opplæring til planeiere og personlige koordinatore var så vidt i gang i regi av koordinerende enhet. Slik elektronisk IP var ment å være hovedverktøyet for å sikre at tilbudet skulle bli *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukenes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"*. Denne definisjonen på rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2001) lå til grunn for tilbudet.

Stange kommune er tilknyttet Helsenett.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på individnivå er en helt nødvendig og sentral faktor i en rehabiliteringsprosess. Gode samtaler ved innkomst, underveis og ved nedtrapping eller avslutning, skulle sikre at brukerens egne målsettinger kom fram og var styrende for oppleggene som ble planlagt og gjennomført. Vi planla å bruke skalaer for Klient- og resultatstyrt praksis, KOR, ved oppstart og ca. én gang i uken gjennom hele perioden. På denne måten mente vi at vi kunne se om brukerne hadde fått det bedre med seg selv etter hvert i prosessen og om de temaene som ble tatt opp var de temaene brukeren var opptatt av. KOR beskrives nærmere senere i rapporten.

På systemnivå har brukermedvirkning vært ivaretatt ved at to representanter for Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne var med i styringsgruppa da Plan for helhetlige og koordinerte tjenester ble utarbeidet. Før planen ble utarbeidet, ble det også gjennomført åpne dialogkonferanser og en brukerundersøkelse. Et rehabiliteringssenter slik det ble ønsket utprøvet, ble beskrevet i planen. I tillegg var en representant fra Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne med i styringsgruppa for StART.

Rammer/Økonomi

Utgifter:

Lønn:	900 000
Innleie av sykepleiefaglig personale:	158 700
Leasing av PC, telefon og andre kontorutgifter:	25 000
Kjøreutgifter:	25 000
Kompetanseutvikling:	85 000
Transport av brukere:	50 000
Treningsutstyr:	20 000
Evaluering: (høgskolen)	120 000
Evaluering, finansiert av prosjektmidler:	20 000

Til sammen: **1 403 700**

Inntekter:

Fra Helsedirektoratet:	1 200 000
Fastlønnstilskudd:	83 700
Evaluering:	120 000

Til sammen: **1 403 700**

Evaluering

Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har gjennomført en evaluering av deler av prosjektet. Evalueringen består av to elementer. Det ene omhandler brukernes erfaringer fra prosjektet. Det andre omhandler erfaringer fra samarbeidspartnere og prosjektgruppen. Resultater fra dette presenteres i rapportens del II.

2 Begrepsavklaring

Rehabilitering er definert i Forskrift om habilitering og rehabilitering §2 på denne måten:

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

Spesifikk rehabilitering: Er tidsavgrensede og målrettede tiltak som utføres av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Den inkluderer mer utdypet kunnskap om sykdom, skade, behandling og trening enn hverdagsrehabilitering (Månsson, 2007). StART prosjektet har også vektlagt sykepleierens rolle i spesifikk rehabilitering, slik Ness m.fl (2012) også gjør i sin rapport.

Hverdagsmestring: Er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Det er brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse som står sentralt (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa og Butli 2012).

Hverdagsrehabilitering: Blir betegnet som en arbeidsform med hverdagsmestring som ideologi. Det varierer fra kommune til kommune både i Danmark, Sverige og nå også i Norge på hvilken måte en jobber med hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapeutforbund har i et samarbeidende prosjekt jobbet med en rapport for å beskrive dette nærmere (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa og Butli 2012). Her sies det at hverdagsrehabilitering ligger innen formålet for helse- og omsorgsloven, og at hverdagsrehabilitering er i samsvar med den norske definisjonen av rehabilitering. Hverdagsrehabilitering forutsetter også opplæring av ansatte i hjemmetjenestene (hjemmehjelpere og pleiepersonell) og at disse går inn som hjemmetrenere. I danske og svenske publikasjoner beskrives sentrale roller for ergoterapeuter og fysioterapeuter med ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner. Prosjektgruppa i Norge (Ness m.fl. 2012) mener at sykepleiere med rehabiliteringskompetanse har en sentral rolle i et tett samarbeid med terapeutene. Hverdagsrehabilitering kan kjennetegnes med at:

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

(Ness m.fl. 2012)

Ambulant rehabiliteringsteam: Et team bestående av forskjellige faggrupper som oppsøker brukerne på deres arenaer etter behov.

Innsatsteam: Jobber på samme måte som et ambulerende team. De innsatsteamene som StART-medarbeiderne kjenner til, står for kartlegging og kan etter at målene er utarbeidet i større grad overlate resten av rehabiliteringen til den ordinære ergoterapi- og fysioterapitjenesten i tillegg til

hjemmetjenesten. Dette gjelder blant annet for innsatstemaet i Gjøvik kommune. De har ofte en maks tid på oppfølgingen, og er særlig sentrale i overgangsfaser.

3 Om arbeidet i StART-prosjektet

Planlegging og gjennomføring

Fra januar og til midten av august 2012 bestod teamet/prosjektgruppa av en ergoterapeut i 80 % stilling og en fysioterapeut/prosjektleder i 100 % stilling. I tillegg var avdelingssykepleier fra hjemmebasert omsorg i Romedal distrikt tilknyttet prosjektgruppa. Fra midten av august 2012 ble teamet utvidet ved at ergoterapeuten gikk opp i 100 % stilling ut året. I tillegg fikk teamet en sykepleier, fra Romedal distrikt, i full stilling frem til midten av desember.

Januar 2012 ble brukt til mye planlegging. Henvisningskjema og prosjektplan med mål for prosjektperioden ble laget, i tillegg til kriterier for hvilke brukere som skulle prioriteres (se s.4 inklusjonskriterier). Det ble innhentet informasjon om hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, dagrehabilitering og rehabilitering generelt. Flere kommuner som var i ferd med eller allerede hadde satt i gang med lignende prosjekter ble kontaktet. Dette gjaldt blant annet Voss kommune og Bodø kommune. Disse kommunene jobbet med innføring av hverdagsrehabilitering i den form at det læres opp hjemmetrenere fra hjemmetjenesten og at terapeutene jobber som veiledere og motorer i rehabiliteringen.

StART har lagt vekt på hverdagsmestring og har mange felles elementer med hverdagsrehabilitering slik det beskrives, som for eksempel at det er brukerens hjem, nærmiljø eller jobb som er utgangspunkt for oppfølging. Teamet i StART har samarbeidet med hjemmetjenesten i de brukersakene hvor hjemmebasert omsorg har vært involvert, enten fra tidligere eller at de er kontaktet som følge av nyoppstått situasjon. Vi har jobbet som et ambulerende rehabiliteringsteam og har i liten grad overlatt siste del av rehabiliteringen til ordinære tjenester som et innsatsteam ville gjort. Eksempelvis ble ikke brukere overført til ordinær ergoterapitjeneste selv om en bruker bare hadde igjen opplæring og veiledning i bruk av elektrisk rullestol, og fysioterapeuten har fortsatt å trene opp noen av brukerne frem til de har fått plass ved et fysikalsk institutt. Årsakene til dette er flere. Blant annet har vi i StART sett at de ordinære tjenestene har mye å gjøre, og at det derfor har vært mest effektivt at vi følger opp brukerne, også fordi vi kjenner dem best.

En leilighet ved Lille Kjonerud bofellesskap er brukt til dagrehabilitering. Denne ble innredet med utstyr vi allerede hadde i kommunen. Det ble kjøpt noe kjøkkenutstyr, og en gangbane. Leiligheten inneholder en liten stue med kjøkken i åpen løsning, et kontor og toalett. Ved bofellesskapet har vi også disponert treningsrom med noe utstyr, som utstyr til lek og aktiviteter utendørs, samt lange korridorer og trapper. Det er fine naturområder i nærheten hvor en kan bruke rullestol, rullator, underarmsrullator og lignende. I tillegg ligger det stier som er ulendte rett i nærheten. Lokalene for dagrehabilitering er brukt to dager i uken i tiden 10.00 - 13.30. I tillegg har vi brukt leiligheten til styringsgruppemøter, møter med ART fra sykehuset innlandet, og møter med forskere fra Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Ved dagrehabiliteringen har teamet vært opptatt av at alt en gjør er en del av treningen og at alle skal være med å bidra ved pådekking og opprydding til lunsj, osv. Midt på dagen har vi laget lunsj og når vi har spist har også helsepersonellet sittet til bords sammen med brukerne. For å komme til dagrehabiliteringen har brukere kjørt selv, pårørende har kjørt eller de har brukt kollektiv transport. Andre har av helsemessige årsaker ikke kunnet benytte seg av kollektiv transport eller egen skyss.

F.eks. skal ikke de brukerne som har gjennomgått et hjerneslag kjøre bil de første tre månedene etter hjerneslaget. Disse har fått taxi gjennom pasientreiser bestilt av fysioterapeut til dagrehabiliteringen, og har fått ordinær taxi hjem ved å betale en liten egenandel.

I starten av prosjektet var det nødvendig å definere hva dagrehabiliteringen skulle være. Var det kun rehabilitering? Eller var det også et opphold på dagsenter med annet innhold, som krevde vedtak på dagsenterplass eller dagopphold? Ved korttidsavdelingen på Stange helse- og omsorgssenter (tidligere Stange sykehjem) var det allerede et tilbud med dagrehabilitering som en dagsenterplass. Vi valgte derfor å kalle det som skjedde i StART for dagsenterplass med rehabilitering.

Vi hadde møter med aktivitørene ved Lille Kjonerud bofellesskap for å få til samkjøring på noen aktiviteter. Grunnet oppdelte stillinger, sykemeldinger og ulike arbeidsdager for aktivitører og ansatte på dagrehabilitering, ble samkjøringen vanskelig. Vi satte derfor opp en plan på aktiviteter som både dagrehabiliteringsdeltakerne og beboerne ved Lille Kjonerud kunne delta på. Dette var aktiviteter som planting av blomster i kasser og urner, såing innendørs før utsetting i bed, utedager med grilling og opprydding, og noen mandager med gangtreningsgruppe med fysioterapeut. I tillegg ble deltakerne fra dagrehabiliteringen invitert med på aktiviteter som beboerne i bofellesskapet reiste ut på. Vi har i liten grad deltatt i dette fordi deltakerne i prosjektet allerede hadde reist et stykke når de kom på Lille Kjonerud og hadde ikke samme behov for å reise ut igjen derfra.

Alle brukere og pårørende ble invitert med til Rotlia naturreservat. Dette området ble valgt etter samtaler med brukerne ved dagrehabiliteringen. De var opptatt av fugler, blomster og historie, og ingen hadde vært i dette området av Stange kommune tidligere. Ingen av de pårørende ønsket å være med, men alle brukerne kom. En kjentmann fortalte om fugler, blomster og historie fra nærområdet. Vi la opp til to gåturer; én med mulighet for rullator og rullestol, og én for de sprekere i bakkene inne i Rotlia. På tross av et stort sprik i alder og funksjonsnivå var deltakerne godt fornøyde med turen.

Da prosjektplanen begynte å ta form i januar informerte vi rundt omkring til mange eventuelle samarbeidspartnere. Sykehus innlandet (SI) består av sykehus flere steder. Her valgte vi ut å informere de sykehusene hvor Stange kommune får de fleste henvendelsene fra på rehabiliterings siden, altså Elverum sykehus, Hamar sykehus og avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering i Ottestad. Ved allmøte for fysioterapeuter, ergoterapeuter og avdelingssykepleiere ved Elverum sykehus og senere Hamar sykehus, informerte vi om oppstarten av StART-prosjektet og hvordan vi tenkte oss å arbeide. Ved avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering, Ottestad, fikk vi informert representanter fra både fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, hjelpepleiere og inntaksteamet. Raskere tilbake i arbeid og Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) fra SI fikk vi også informert. ART var med i utarbeidningen av søknaden om midler til prosjektet. ART var nedlagt akkurat i de tider som Stange kommune fikk midlene til prosjektet og de brukte våren 2012 på og ansatte folk i teamet igjen. Det var først på sommeren 2012 og utover høsten at vi hadde jevne møter med ART. Her ble brukersakene tatt opp anonymt og vi kunne bruke ART som veiledere når vi var usikre på noe i oppfølgingen. ART var også sammen med oss hjemme hos noen brukere og vurderte om disse brukerne var aktuelle for rehabiliteringsopphold ved Sykehuset Innlandet.

Alle ansatte ved Lille Kjonerud bofellesskap ble informert om prosjektet og bruk av lokalene på et personalmøte. Det samme ble gjort på et informasjonsmøte for beboerne. I tillegg fikk alle beboerne ved bofellesskapet skriftlig informasjon om bruken av leiligheten til dagrehabilitering.

Virksomhet for hjemmebasert omsorg var i 2012 inndelt i tre distrikter, hvorav et distrikt ble valgt for å avgrense prosjektet til å begynne med. Romedal distrikt ble plukket ut. Dette distriktet var derfor det første distriktet vi informerte om prosjektet til. I tillegg var dette distriktet med i planleggingen gjennom avdelingslederen som satt i prosjektgruppa. De to andre distriktene fikk informasjon etter utvidelse til hele kommunen etter sommeren 2012.

Informasjon ble også gitt til fysio- og ergoterapitjenestene, og avd. 4c ved Stange helse- og omsorgssenter i Stange kommune.

De første henvendelsene kom fra SI (Sykehuset Innlandet), «Raskere tilbake i arbeid etter hjerneslag» og Elverum sykehus i midten av januar 2012 og vi startet da brukeroppfølgingen samtidig som vi planla oppstarten på dagrehabiliteringen. Dagrehabiliteringen startet vi opp med i midten av februar, siden vi da hadde noen brukere som vi mente at ville ha god effekt av å få mer intensiv trening og som ønsket dette selv. Dagrehabiliteringen var en dag i uken de første ukene før vi utvidet til to dager i uken. Tidene har hele tiden vært fra 10.00 – 13.30 hvis brukeren mener han/hun klarer det. Noen har hatt kortere dager til å begynne med fordi de har vært avhengige av hvile midt på dagen. Vi har kunnet tilby pauser i lenestoler, men har ikke kunnet skjerme brukerne fra støy. En bruker som har gjennomgått en hjerneblødning eksempelvis, kan ha store vansker med å sortere inntrykk fra omverdenen slik friske kan. Hjernens evne til å filtrere impulsene er redusert og brukeren kan bli veldig sliten av den grunn.

Målsamtale

To faggrupper reiste hjem til brukeren for en målsamtale så raskt dette lot seg gjøre etter henvisning. Denne førstegangssamtalen er en del av kartleggingen hvor en forsøker å finne brukerens ressurser og problemområder. Brukeren har fått tid på seg til å fortelle om det han eller hun synes er viktig at vi som helsepersonell skal vite. Brukeren har fortalt om hva som har skjedd den siste tiden som gjør at han/hun har søkt hjelp. Andre temaer er boligen, og hvordan denne er egnet for nåværende fysiske og kognitive funksjon. I denne sammenhengen har det noen ganger vært naturlig at bruker viser oss rundt i boligen. Her vurderes behovet for hjelpemidler eller strategier som eventuelt må på plass med en gang, eller om dette skal vurderes videre i rehabiliteringsforløpet. Nettverket og resursene omkring brukeren kartlegges. Naturlige funksjoner som søvn, ernæring, smerter osv, er andre aktuelle tema. Matlyst og søvn etter for eksempelvis hjerteoperasjonen er et aktuelt spørsmål. Økonomi blir tatt opp, og det er spørsmål om medisiner.

Malen på målsamtalen er den samme som brukes ved døgnrehabilitering i Stange kommune. (Vedlegg 3). Om det har vært behov for å foreta dette første besøket samme dag som bruker er kommet hjem eller korttid etter, har ofte kun én person fra teamet kunnet gjøre det. Dette er vurdert på bakgrunn av henvendelsen. Om brukeren kom direkte fra sykehus eller institusjon og han/hun har følt seg utrygg på egen funksjon i hjemmet, har vi valgt å reise hjem til brukeren veldig tidlig på tross av at to fagpersoner ikke har hatt mulighet til å delta. I disse tilfellene har én i teamet vurdert akutt behov for hjelpemidler og/eller informasjon, for deretter å avtale tid for målsamtale sammen med ytterligere én fagperson fra teamet. Brukeren blir bedt om å spørre en pårørende om å delta i samtalen. Ved målsamtalen har vi bedt om å få skriftlig samtykke til å innhente diagnoser og

andre helseopplysninger fra fastlege eller andre instanser med utgangspunkt i hva som er aktuelt i den enkelte situasjon.

Kartleggingsinstrumenter

Canadian occupational performance measure - COPM

COPM (Canadian occupational performance measure) er et kartleggingsverktøy som brukes av ergoterapeuter. Brukeren blir bedt om å beskrive en vanlig dag og hvilke aktiviteter som er betydningsfulle. Brukeren rangerer aktivitetene på en skala fra en til ti, der ti er veldig betydningsfullt og en ikke er betydningsfullt i det hele tatt.

Deretter skal brukeren plukke ut inntil fem aktiviteter som skal jobbes videre med. Dette er som regel de fem som er scoret høyest. Aktivitetene skal scores fra 1-10 på utførelse og tilfredshet med egen utførelse. Tallene summeres og deles på antall aktiviteter. Dette betyr at vi står igjen med to tall (Law m.fl. 2005). Vi har gjennomført denne kartleggingen også mot slutten av oppfølgingen for å se om brukeren skårer seg selv høyere på utførelse og tilfredshet med utførelsen i de fem aktivitetene.

Bergs balanseskala

Mange av brukerne har hatt mål om å gjenoppta aktiviteter som krevde bedre balanse enn det de hadde ved oppstart av rehabiliteringen. Et konkret eksempel er ønsket om å ha stående balanse god nok til å kløve ved med kløvemaskinen. Bergs balanseskala er brukt i starten og ved avslutning av oppfølgingen der vi har ment at dette kunne være nyttig.

Bergs balanseskala brukes av fysioterapeuter og er et funksjonelt redskap for å vurdere balanse. Skalaen inneholder 14 forskjellige øvelser deriblant: reise seg opp fra stol uten bruk av hender, snu seg 360 grader rundt og etbensstående. Alle øvelsene blir skåret på en skala fra 0 – 4, hvor den beste skåren er 4. Brukeren vil til sammen få en total skår på mellom 0 og 56 poeng. Bergs balanse skala er basert på skalaen som er utviklet av dr. Berg ved Brown University i USA og Lillemor Lundin- Olsson, Jane Jensen og Kerstin Waling ved Halsohøgskolan i Umeå. Den er oversatt til norsk av Astrid Bergland (2001). Testen kan si noe om evne til proaktiv balanse, altså når en utfører planlagte bevegelser, og motorisk kontroll i stående og sittende. Den måler ikke reaktiv balanse, som brukes når en må gjenvinne likevekten etter en forstyrrelse utenifra, som f.eks. når noen skubber borti deg. Skalaen kan si noe om hvor stor prosentvis sjans man har for å falle, men den kartlegger ikke de underliggende årsakene til balanseproblemet. Testen kan videre brukes som grunnlag for trening (Berg, Wood-Dauphinee, Williams og Maki 2004).

KOR, Klient- og resultatstyrt praksis

KOR, Klient- og resultatstyrt praksis, setter brukeren i hovedfokus. Dette er en arbeidsmåte som Stange kommune har begynt å bruke innen psykisk helsearbeid. KOR bygger ikke på en bestemt teori, terapi, metode eller teknikk. Duncan og Sparks (2008) hevder at alle møter med brukeren kan være

klient- og resultatstyrt så lenge brukers stemme blir framhevet som en kilde til kunnskap og løsninger, og så lenge det er hjelperens hensikt å bygge sterke samarbeidsrelasjoner til brukeren. Det at brukeren har en kompetanse som vi andre ikke har, en kompetanse som er avgjørende om et rehabiliteringsteam skal kunne jobbe effektivt mot et felles mål, blir også beskrevet av Bredland, Linge og Vik (2003). Brukeren er spesialist på sitt eget liv, og på hvilke roller han/hun og omgivelsene verdsetter. Rehabiliteringspersonalet kan gi råd og bidra med kompetanse som personen trenger for å treffe valg, men brukeren bestemmer selv målene og prioriteringene (Bredland, Linge og Vik (2003)).

KOR består av to skalaer. Den ene skalaen er en endringsskala som heter Outcome Rating Scale (ORS). Her rangerer brukeren på en skala fra en til ti hvordan han/hun har det med seg selv, med nære relasjoner, sosialt og generelt. Den andre skalaen er en samtalevurdering, Session Rating Scale (SRS), hvor brukeren rangerer hvordan oppfølgingen akkurat i dag har vært. Dette vurderes også på en skala fra en til ti. Her er det relasjonen som skåres: opplevde han/hun å bli hørt, forstått og respektert, mål og tema: ble det snakket om det brukeren ville snakke om, ble det arbeidet med det brukeren ville arbeide med, tilnærming eller metode: passet måten det ble jobbet på for brukeren, og til slutt: hvordan var oppfølgingen i dag som helhet (Duncan og Sparks 2008). KOR har vært brukt ved første besøk og ca. en gang i uken etter dette.

IPLOS veileder, Helsedirektoratet 2009

IPLOS registrerer hvor stort bistandsbehov brukeren har i daglige gjøremål. Den er lovpålagt i kommunehelsetjenesten og skal oppgraderes jevnlig. Vi har gjort registreringer ved oppstart og avslutning, og noen ganger underveis i prosessen.

I IPLOS skal bistandsbehovet ved for eksempel påkledning, innendørs gange, utendørs gange, ivaretagelse av egen helse osv, beskrives på en skala fra 1-5. Skår 1 betyr at brukeren ikke trenger hjelp. Ved skår 5 har brukeren fullt bistandsbehov, og kan ikke utføre aktiviteten selv. Ved skår 2 trenger ikke brukeren personbistand, men har endret standard. Ved skår 3 trenger han/hun noe bistand, men hjelperen kan gå fra og til. Når alle aktivitetene er skåret og lagt sammen beregnes et gjennomsnittstall for behovet om bistand. I en rehabiliteringsprosess er målet at behovet for bistand skal gå ned.

Tiltaksplan

Gjennom målsamtale og utført COPM har brukeren kommet frem til noen betydningsfulle aktiviteter som han/hun ønsker å kunne gjøre igjen etter funksjonstap. Disse aktivitetene ble omdannet til evaluerbare mål for rehabiliteringsprosessen. Det har vært viktig å finne fram til hvilke aktiviteter brukeren mener at han/hun kan gjøre på egenhånd, og hvilke brukeren må trene mye på for å få til. I noen tilfeller var det nødvendig med en eller annen grad av tilrettelegging. Videre kartlegging blir utført av fagpersonene individuelt eller tverrfaglig med utgangspunkt i behov og ønsker. Det ble laget tiltaksplan med situasjonsbeskrivelse, mål og tiltak i gerica, som er dokumentasjonsprogram i Stange kommune.

Individuelle rehabiliteringsforløp

Alle brukerne har et eget individuelt rehabiliteringsforløp. Dette betyr at noen har hatt oppfølging i hjemmet, noen har hatt kombinasjon med én dag på dagrehabilitering og én dag hjemme, noen har vært på dagrehabiliteringen to dager i uken i tillegg til oppfølging i hjemmet, osv. Det er de samme fagpersonene som kommer hjem til brukeren og som også møter vedkommende ved dagrehabiliteringen. På denne måten kan oppfølgingen ved dagrehabiliteringen bli mer spesifikk og rettet mot hvordan aktiviteten skal utføres hjemme. Muligheten for dagrehabilitering og rehabilitering hjemme gjør at oppfølgingen blir mer intensiv enn den ellers ville ha vært.

Et eksempel på dette er en bruker som hadde som mål å stå og dusje alene, lage middag, gå seks trappetrinn for å komme seg inn og ut av huset, og å komme tilbake i jobb. Ved et hjemmebesøk trente han på å gå noen trappetrinn, før han trengte pause, for deretter å gå noen trinn til. Ved neste hjemmebesøk trente han på å stå ved kjøkkenbenken samtidig som han kuttet grønnsaker. Ved dagrehabiliteringen fikk den samme personen trene på å gå i trapp, én gang når han kom på morgenen og én gang på slutten av dagen. I tillegg stod han ved kjøkkenbenken og skar opp brød og grønnsaker, og han gjennomførte egentrening i tillegg til trening med fysioterapeut for å styrke bena. Dette siste trengte han også for å kunne komme tilbake i jobb. Dagen ble delt opp slik at brukeren fikk pauser underveis. Dette betyr at brukeren fikk trent like mye på én dag ved dagrehabiliteringen som én uke med daglige besøk. Med å kombinere dag- og hjemmerehabilitering som i dette tilfelle ble rehabiliteringen mer effektiv enn den ellers ville ha vært.

4 Resultater i StART

Resultater fra arbeidet i StART er systematisert og tar utgangspunkt i delmålene som er beskrevet foran.

Delmål 1: I prosjektperioden skal det dannes et tverrfaglig team, som kan kombinere rehabilitering i hjemmet med rehabilitering ved et dagsenter

Prosjektgruppa bestod av et lite tverrfaglig team bestående av en fysioterapeut og en ergoterapeut, i tillegg til avdelingssykepleier i Romedal distrikt. Dette teamet ble dannet tidlig i prosjektperioden. Siden sykepleieren ikke hadde stillingsressurser i StART ble det utfordrende å jobbe godt tverrfaglig. Vi hadde jevnlig møter i prosjektgruppa der brukersakene ble tatt opp og nye saker ble vurdert. Hver 14. dag hadde prosjektgruppa møte med virksomhetsleder for helse- og rehabilitering, som var delegert eier av prosjektet. Sykepleieren deltok også på samarbeidsmøter med brukere og pårørende i deres hjem, om videre rehabilitering eller avslutning av tjenester. Med denne organisering var det ikke mulig for sykepleieren å jobbe direkte i rehabiliteringsprosessen sammen med brukere. Dette ble annerledes da en sykepleier ble ansatt i 100 % stilling høsten 2012. Sykepleieren tok spesielt ansvar for innhenting av diagnoser, svarte på spørsmål om medisiner og hadde mye kontakt med fastlegene. Siden hun hadde jobbet i hjemmetjenesten stod hun også for mye informasjonsutveksling mellom teamet og hjemmetjenesten i aktuelle saker.

Det ble slik dannet et tverrfaglig team som kommunen ikke hadde fra før.

Tilbud om dagrehabilitering har vært gitt to dager i uken fra klokken 10.00. til 13.30. Antall brukere har variert med 2 - 8 pr. dag.

Delmål 2: I prosjektperioden skal 20 brukere som bor i Stange kommune ha fått oppfølging fra dette teamet

22 brukere har deltatt i rehabiliteringsprosess og fått oppfølging fra teamet i StART i 2012. Tabellen under viser aldersfordelingen.

Alder	Brukere
50 – 60	3
60 – 70	6
70 – 80	6
80 – 100	7, de fleste er under 90
Totalt	22
Gjennomsnittsalder	73 år

Tabell 1. Alder

6 av de 22 deltagerne var i arbeidsfør alder, og 3 var i arbeid før de fikk brått funksjonsfall etter skade eller sykdom. De fleste brukerne i prosjektet var i mellom 60 og 82 år.

Antall kvinner	Antall menn
13	9

Tabell 2. Kjønn

Det er fire flere kvinner enn menn som har fått oppfølging fra StART gjennom 2012. Når det gjelder kjønnsfordelingen i forhold til alder, er begge kjønn representert i alle aldersgruppene.

Diagnoser/Problemstillinger	Antall brukere
Hjerneslag, hodeskader og andre sykdommer med skader i sentralnervesystemet	10
Brudd og amputasjoner	6
Andre diagnoser: kreft, multiorgansvikt, hjerteopererte og medisinske diagnoser	6

Tabell 3. Diagnoser

Alle deltakerne i prosjektet har hatt sammensatt problematikk. Eksempelvis har flere hatt nevrologiske sykdommer fra tidligere, og fått et brått funksjonsfall grunnet fall og brudd. Nesten halvparten har hatt hjerneslag eller sykdom i hjernen. Disse har oftest både fysiske vansker grunnet lammelser i deler av kroppen, i tillegg til at de ofte har kognitive utfall, som eksempelvis problemer med hukommelsen eller vansker med å utføre sammensatte oppgaver. Noen har hatt vansker i dagliglivet fordi de neglisjerer den ene kroppshalvdelen, altså at de ikke registrerer hva som skjer på den ene siden av kroppen. Dette kan være farlig i trafikken også om en er gående og ikke kjørende.

Det har vært gjennomført hjemmebesøk hos 10 brukere i tillegg til disse 22, for å vurdere behovet for og ønsket om rehabilitering. Vurderingen har bestått av målsamtale og noen ganger COPM. Dette har vært brukere som ikke har fått tverrfaglige tjenester fordi de ikke har ønsket dette, eller fordi de ikke har hatt behov for det. Eksempelvis har noen fått hjelp av ergoterapeut til å søke om tekniske hjelpemidler eller tilrettelegging på annen måte, og noen har fått oppfølging av fysioterapeut i form av styrketrening. I noen saker har det også vist seg at det ikke er brukeren selv som har ønsket oppfølging, men at dette har vært et ønske fra pårørende eller andre i omgivelsene.

Henvendelsene har i stor grad kommet fra de instansene som har blitt informert om prosjektet til. I størst grad har henvendelsene kommet fra spesialisthelsetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen. Det har også kommet noen henvendelser fra hjemmebasert omsorg (HBO) i Romedal distrikt.

Henvisende instans	Antall brukere
Spesialisthelsetjenesten	7
Fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen og privatpraktiserende fysioterapeuter	9

Pårørende	2
Hjemmebasert omsorg	2
Lege	1
Tiltaksrådet i kommunen	1

Tabell 4. Henvisende instans

Fastleger og pårørende har kun fått informasjon om StART via artikler i Hamar Arbeiderblad og Stangeavisa. Nå finnes mer informasjon om StART på nettsiden til Stange kommune, under rehabilitering. Denne skal være enklere for folk å finne frem til enn det som var lagt ut i 2012.

Det kunne ha vært informert mer om prosjektet. Samtidig har prosjektet fått mange henvendelser, og utover i 2013 også mange flere henvendelser. Det har vært tilstrekkelig med arbeidsoppgaver, og ryktet om StART har spredd seg. Det har vært overraskende at det ikke har kommet flere henvendelser fra teamet som jobber ved døgnrehabiliteringen ved avd. 4 på Stange helse- og omsorgssenter. Avdelingen har fått informasjon om prosjektet og har gitt positive tilbakemeldinger om at et slikt tilbud var savnet. Fire av brukerne kom fra denne avdelingen, og henvendelsen kom til oss fra sykehuset, HBO og ergoterapeut fra kommunen rett etter at disse personene hadde fått opphold ved døgnavdelingen. Det ble gjennomført målsamtale med disse på avdelingen og ansatte i StART deltok i trening og på samarbeidsmøter på avdelingen. Vi fortsatte oppfølgingen av alle fire etter at de reiste hjem. To av dem var på avdelingen i under ei uke. De to andre hadde opphold på over en mnd. En del brukere ved denne avdelingen hadde trolig kommet så langt i sin rehabiliteringsprosess at de ikke hadde behov for videre oppfølging i hjemmet. Utover i 2013 har det kommet flere henvendelser fra korttidsavdelingene i Stange kommune. Dette kan tyde på at antall henvendelser øker med spredning av informasjon om tilbudet.

Delmål 3: De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha fått et sammenhengende rehabiliteringstilbud med god koordinering mellom tjenestene

Første kontakt med brukeren er tatt så raskt som mulig etter henvendelsen. Spesielt gjelder dette de henvendelser som gjelder brukere i sykehus som skal direkte hjem. Det har blitt god informasjon om brukerens tilstand fra helsepersonellet, brukeren og pårørende ved sykehuset. StART er blitt kontaktet av sykehusavdelingene fordi brukeren er utskrivningsklar og på vei hjem. Det har blitt gitt informasjon på telefon, og i tillegg er rapporter om brukerens fysiske og medisinske funksjon ettersendt. Rapportene har vært mindre utfyllende i forhold til brukerens ressurser, som pårørendeinformasjon, bolig, interesser, motivasjon osv. Tilbakemeldinger fra henvisende instanser i spesialisthelsetjenesten handler om at de opplever det som trygt å sende brukere til Stange kommune når de vet at StART skal vurdere videre oppfølging. Erfaringer tilsier at spesialisthelsetjenesten har snakket positivt om StART til brukere og pårørende, og dermed bidratt til en positiv start på oppfølgingen.

Fagpersonene i StART har vært tydelige ovenfor brukerne på at de kan kontaktes både for å få informasjon og når de ønsker hjelp til kontakt med ulike instanser. Brukere og pårørende har gitt gode tilbakemeldinger på dette. Om vi ikke har hatt informasjon har vi funnet den og gitt tilbakemeldinger til brukerne. Brukere forteller at de i blant kan oppleve det som vanskelig å ta opp

enkelte ting med fastlegen fordi de ikke rekker det på den korte tiden eller fordi «det bare blir ved tanken». Dette har vært mulig å ta opp med legen på telefon og videreformidle til bruker.

Ved behov for ytterligere kartlegging ved geriatrisk poliklinikk eller vurderinger av ulike ortopediske hjelpemidler ved Østo ortopedisenter, har dette stort sett vært uproblematisk. Følgende eksempel illustrerer dette: En mann ble henvist til StART etter et hjerneslag. Fra tidligere hadde han fått operert inn en stimulator i hjernen for å unngå store skjelvinger etter tidligere skade. Etter hjerneslaget kom skjelvingene tilbake. All oppfølging på dette har foregått ved et sykehus i en annen region og han ble satt på vent for ny undersøkelse der. Mannen mente selv at det ville bli en stor belastning å måtte fly og han ønsket å flytte oppfølgingen over til sin egen region. Han fikk støtte av oss i StART, overlege ved fysikalsk medisinsk rehabilitering Sykehus Innlandet og sin egen fastlege. Etter flere telefoner og brev ble han henvist til Rikshospitalet, selv om Rikshospitalet hadde uttrykt tidligere på telefon at de ikke ønsket å ta over en bruker som hadde gjennomført en slik operasjon ved et annet sykehus. Han måtte regne med å vente og ble bedt om å ta kontakt med sykehuset hvis symptomene ble verre. De ble verre og ansatte i StART ringte sykehuset og informerte om forverrelsen. Deretter kom han raskt inn, fikk regulert stimulatoren og skjelvingene ble nesten borte. Det viser seg at det er ikke lett for en person som er syk å skulle gjøre henvendelser som det noen ganger kreves for å få den hjelpen en trenger.

To brukere takket ja til elektronisk individuell plan(e-IP), har fått opplæring i bruk og har laget mål og tiltak i planen. Noen mener at de ikke har behov for e-IP, og noen har fortalt at dette er fordi de har tilbud fra StART. «Vi får heller vente og se», sier noen. En grunn til at kun to har ønsket e-IP kan være at de vet at den er elektronisk, og at de ikke har hatt tilgang eller har ønsket tilgang til pc og internett. I ettertid kan det vurderes om spørsmål om individuell plan har kommet litt for tidlig. Brukere har fått spørsmål om dette ved målsamtalen, samtidig som de har fått en kort informasjon om hva IP er. Erfaringene tilsier at på et så tidlig tidspunkt i rehabiliteringsprosessen er brukeren mest opptatt av: Hva har skjedd med meg? Hva er et hjerneslag? Hvor er bruddet? Bør jeg være forsiktig med å bevege meg? Osv. Mye av denne informasjonen kan de ha fått på sykehuset, men mange har ikke registrert det. Det kan det trolig være mange årsaker til det, som sterke medisiner, dårlig hukommelse, sjokk over det som har skjedd, og lignende. De to som valgte e-IP er godt kjent med bruk av internett fra tidligere og har kommet med ønske om det lengre ut i rehabiliteringsforløpet.

Mange brukere får rehabiliteringsopphold eller kontrollopphold i spesialisthelsetjenesten. Når dette har skjedd, har vi fra StART etter samtykke med brukeren invitert oss med på Innkommstmøter og Utreisemøter. Erfaringene er at dette har vært nyttig. I de fleste sakene har teamet i StART allerede vært hjemme hos brukeren. Det har vært gjennomført en kartlegging over brukerens ressurser, mål er satt, og flere tiltak kan være påbegynt når brukeren får et rehabiliteringsopphold. Ved disse «Innmøtene» deltar ofte ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier fra avdelingen, lege og sosionom fra institusjonen. Brukeren er alene eller har med seg en pårørende. Erfaringene viser at brukerne ofte ikke sier så mye, men har bedt representanter fra StART om å si litt om hva de har trent på hjemme. Kartleggingen COPM, hvor brukeren har satt opp sine viktigste hverdagslige aktiviteter, er med. Når vi i StART kort har nevnt vedhugging, kakebaking eller det å kunne løfte barnebarn, har brukeren raskt kommet med i samtalen. Disse målene har så vært brukt som utgangspunkt for rehabiliteringsoppholdet i institusjon også. På denne måten jobber brukeren mot de samme målene ved institusjonen som han/hun jobbet med hjemme. Ved «Utmøte» blir det gitt informasjon om hvor

langt brukeren har kommet i prosessen for å nå sine mål og anbefalinger om hva det kan jobbes videre med etter hjemkomsten.

Aktuelle samarbeidspartnere har vært innkalt fra StART til samarbeidsmøter sammen med bruker hvor det blant annet er diskutert hva som skal skje framover, hvem som skal gjøre hva, hva brukeren kan gjøre på egenhånd og hva han/hun trenger støtte til videre. Her innkalles pårørende og noen ganger fastlege, logoped, hjemmebasert omsorg, Nav, osv. Noen ganger har eksempelvis pårørende tatt over aktiviteter som brukeren gjorde tidligere, og som vedkommende kanskje kan prøve seg på igjen. En kvinne var for eksempel engstelig for at mannen hennes skulle begynne å gå etter avisen igjen. Hun var usikker på om det var trygt. Brukeren hadde prøvd dette sammen med ansatte, og kunne trygge henne på at dette kunne han gjøre. Det finnes alltid en risiko for fall, men det kan også fort bli farlig å bli sittende stille i godstolen. Det blir benstyrken og balansen, som en er helt avhengig av når en går, veldig mye dårligere av.

Dette målet vil også bli belyst i del II av rapporten både gjennom intervjuene og fokusgruppen.

Delmål 4: De brukerne som har fått oppfølging fra teamet skal ha opplevd stor grad av mestring og deltagelse i dagliglivet. De skal selv ha vært med på å styre rehabiliteringsprosessen og satt seg mål for oppfølgingen

Målsettingene er satt etter en samtale hjemme hos brukeren eller i den institusjonen han/hun befant seg i ved henvendelse. I de aller fleste sakene har vi vært hjemme hos brukerne. I noen tilfeller har målsamtalen blitt gjennomført på rehabiliteringsavdelingen ved Stange helse- og omsorgssenter. Ingen målsamtaler har blitt utført i spesialisthelsetjenesten. Årsaken til dette er at henvendelsene fra sykehusene oftest har kommet samtidig eller rett før utskrivning. 15 av de 22 brukerne har hatt nærmeste pårørende med seg ved målsamtalen. Flere har også hatt med seg to pårørende, for eksempel ektefelle og et barn. Her har vi lagt vekt på at det er brukeren som skal fortelle om seg selv. Dette har brukerens pårørende respektert.

COPM blir ofte brukt samtidig eller ved neste samtale. Ved COPM har stort sett to faggrupper vært til stedet. Et par ganger har ergoterapeuten gjennomført den alene. Vi har lagt vekt på å spørre om hvilke aktiviteter som er viktige for brukeren akkurat nå. I tillegg spørres det om hva brukeren mener kan trenes opp og/eller tilrettelegges for at han/hun skal mestre det han/hun ønsker. Målsettingene blir på denne måten tydelige for både bruker, pårørende og helsepersonellet.

Dette kan beskrives ved å vise til en bruker, en mann som fikk satt inn hofteprotese etter lårhalsbrudd. Han hadde fra tidligere en skade i hjernen. Det ble beskrevet mange aktiviteter han tidligere pleide å gjøre i løpet av en dag, og fire problemområder utmerket seg som betydningsfulle ved COPM. Disse aktivitetene ønsket han å få til bedre:

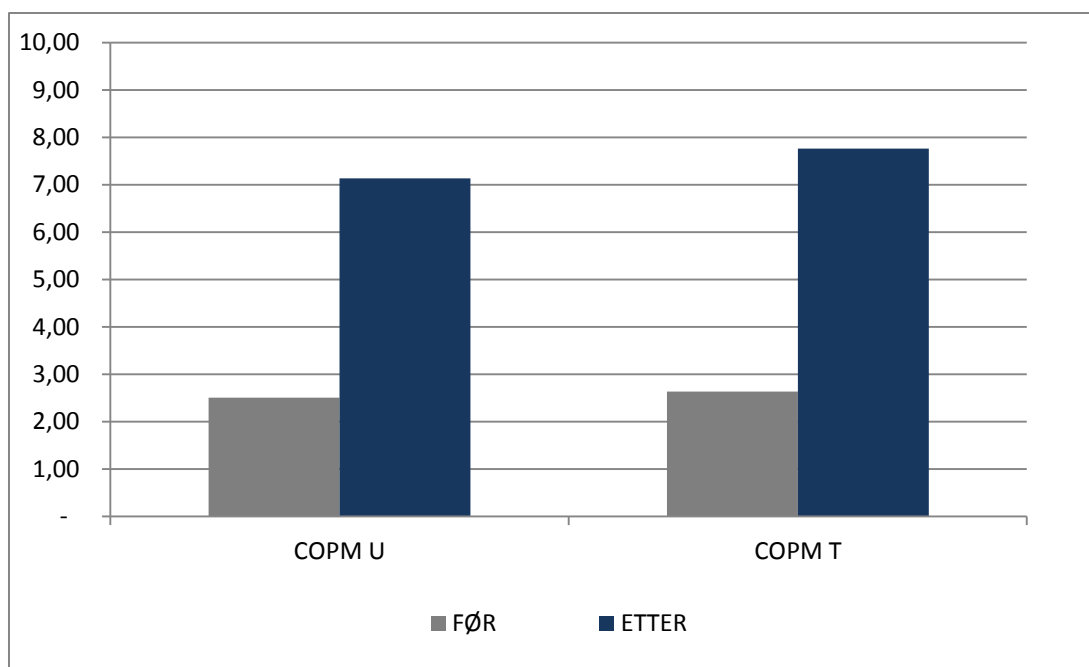
Problemer med å utføre aktiviteter	Utførelse Første gang	Tilfredshet Første gang	Utførelse Andre gang	Tilfredshet Andre gang
Gå i trapp	3	3	8	8
Renske i blomsterbed	1	1	8	9
Vaske gulv	3	3	8	9
Ta oppvasken	7	8	10	10
Totalscore: Total utførelse eller tilfredshet delt på antall problemer	14 /4 = 3,5	15 /4 = 3,75	34 /4 = 8,5	36 /4 = 9

Tabell 5. COPM

Han beskrev tydelig at det å ta oppvasken var noe han kunne begynne litt med selv. Han ville sette en stol ikke langt fra kjøkkenbenken, slik at han kunne ta litt pauser underveis. De andre aktivitetene følte han seg utrygg på, og ønsket hjelp og trening for å komme i gang med. Han stolte for eksempel ikke på at bena ville bære ham i trappa. Videre undersøkelse av fysioterapeut viste at han hadde nedsatt styrke i begge ben, og dårlig balanse som følge av den nedsatte styrken. Han trente funksjonell trening som det å reise/sette seg, trappegange osv., i tillegg til at han trente styrketrening hvor belastningen ble økt hver uke. Etter hvert fikk han egentreningsprogram som han utførte på egenhånd hjemme. Når han så hvordan han skåret seg selv før og mot slutten av oppfølgingen, ble han fornøyd med egen utvikling. Han begynte å vaske gulv etter noen uker da han så hvor sterk han hadde blitt i bena. Han vurderte selv at han hadde styrke nok i bena til å stå med litt bøy i knærne og hoftene når han skulle vri opp kluten i bøtta. Dette er et eksempel på en bruker som selv var med og styrte sin egen rehabiliteringsprosess. Intervjuene med brukerne vil fortelle mer om dette delmålet.

Under vises en oversikt over hvordan brukerne skårer seg selv med COPM før og mot slutten av oppfølgingen (Figur 6). Kun brukere som har gjennomgått både test og retest er inkludert her, 11 av 22. Det er flere grunner til manglende retest som eksempelvis dødsfall, og at noen i begynnelsen avsluttet rehabiliteringen uten å ta retesten. For et par brukere ble retesten avbrutt fordi fokuset ble for negativt. Selv om brukerne begynte å skåre seg selv høyere enn ved første gang husket de ikke selv hvordan de skåret seg første gang, og ble tydelig lei seg fordi de ikke var tilfredse med utførelsen i dag. Retesten ble avsluttet og fokuset ble lagt på de resurser brukeren hadde på nåværende tidspunkt. Andre brukere har hatt god nytte av å gå igjennom retesten, og har vært fornøyd når de har sett at de for eksempel på utførelse ga seg selv skåren 1 på påkledning, mens de ved retesten skåret 10 fordi de nå var selvstendige ved påkledning.

Dataene i figuren under er en illustrasjon på at brukerne mot slutten av oppfølgingen skårer seg høyere både på utførelse av aktiviteter og tilfredsheten med dette. Dette gir et gjennomsnitt på hvor brukerne har skåret seg selv.

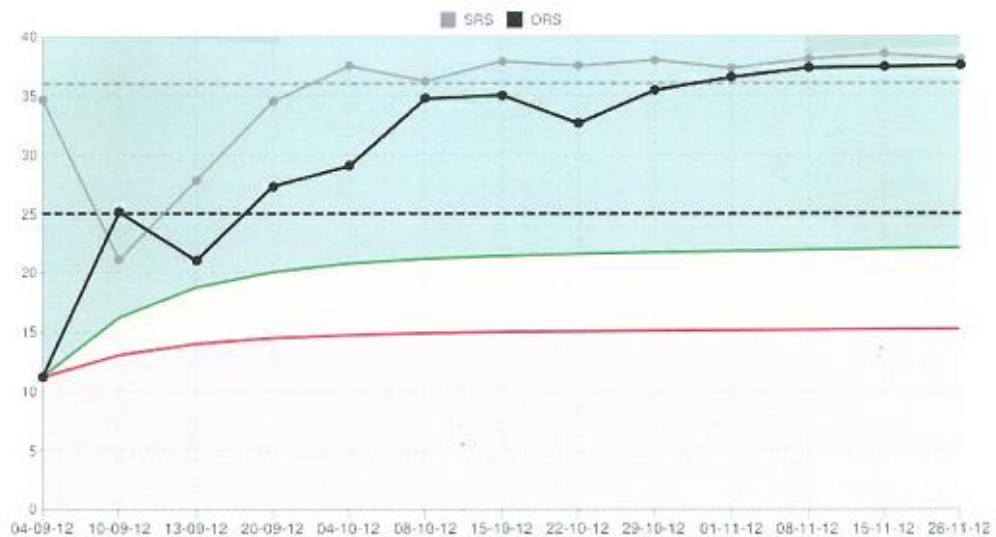


Tabell 6. Gjennomsnittlig resultater COPM

Ved oppstart og underveis har vi brukt klient og resultatstyrt praksis, KOR, hvor brukeren kan gi oss tilbakemelding på det som har blitt gjort i dag (SRS). Brukerne har i stor grad vært fornøyd med oppfølgingen, og har skåret høyt på denne skalaen gjennom hele rehabiliteringsperioden.

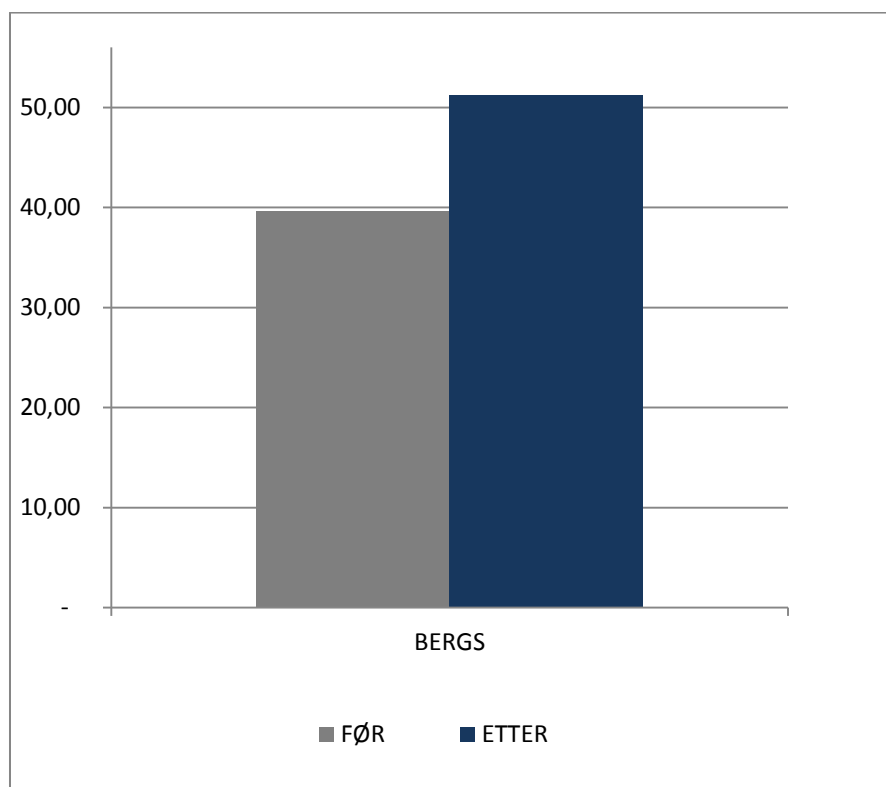
Denne skalaen har gitt oss rask tilbakemelding på oppfølgingen. F.eks. skåret en dame middels (5 på skalaen fra 1-10) på metode på skjemaet SRS (Vedlegg 7). Hun kommenterte ikke dette selv, men når vi spurte om hva hun ikke hadde likt med metoden vi brukte, svarte hun helt konkret på dette. Hun hadde vært svært syk og inneliggende på sykehuset i lang tid. Da hun kom hjem kom hun seg ikke opp fra stolen på egenhånd. Når hun skulle reise seg opp de første gangene hjemme støttet fysioterapeuten henne i hendene. Dette for å styre henne langt nok fremover siden det å reise seg krever at tyngdepunktet beveger seg fremover og ikke bare loddrett opp. Dette føltes utrygt for henne. Ved bruk av SRS fikk vi tilbakemelding med en gang på dette, og kunne enkelt gjøre det litt annerledes neste gang. I tillegg ga ORS skalaen oss informasjon om hvordan brukeren hadde det med seg selv, med nære relasjoner og sosialt (se vedlegg 8). Det var en tendens til at denne kurven gikk litt nedover til å begynne med, før den gikk oppover og brukeren igjen fikk det bra med seg selv. Noen fortalte at de rett etter skaden eller sykdommen var glad de i det hele tatt hadde overlevd. Men at de senere oppdaget at de ikke mestret dagliglivet hjemme slik de hadde gjort det tidligere. Etter hvert i forløpet skåret de seg høyere og høyere på hvor bra de hadde det med seg selv og sosialt. Vi mener dette viser viktigheten av å gå inn tidlig slik StART har gjort. Noen av disse brukerne ville ellers trolig ha fått oppfølging ved et fysikalsk institutt og ikke det tverrfaglige tilbudet de har fått her. Det er mulig at kommunehelsetjenesten hadde blitt kontaktet senere i forløpet, når brukeren for eksempel ikke har klart å lage middag selv, og tilkjøring av middag var aktuelt. Vi har i stedet kunnet lage middag sammen med brukeren, slik at han/hun ser at dette er mulig å gjøre. Under vises kurvene over hvordan to av brukerne har skåret seg selv gjennom en hel rehabiliteringsperiode. På x-aksen vises datoer for når skalaene er fylt ut av brukeren. Y-aksen viser hvor høyt opp de har skåret

seg på skalaen gjennomsnittlig. Desto nærmere 40 de skårer seg på y-aksen desto bedre har de det med seg selv. Den Lyse grå linjen er brukerens tilbakemelding på oppfølgingen i dag og den svarte kurven er hvordan han/hun har det med seg selv og sosialt.



Alle brukerne hadde mål knyttet til gangfunksjon og balanse. Én hadde mål om å kunne gå ut i vedskjulet i ulendt terreng for å hente ved. Hun kom ikke inn i vedskjulet med rullator og ønsket å klare dette uten bruk av ganghjelpemiddel. En mann hadde som mål å gå stien til butikken som tidligere, i stedet for å måtte gå i veien. En kvinne hadde som mål å vaske gulv og måtte kunne gjøre dette fra gående stilling. Prosjektet har mange lignende eksempler. Alt dette er eksempler på mål som ble nådd.

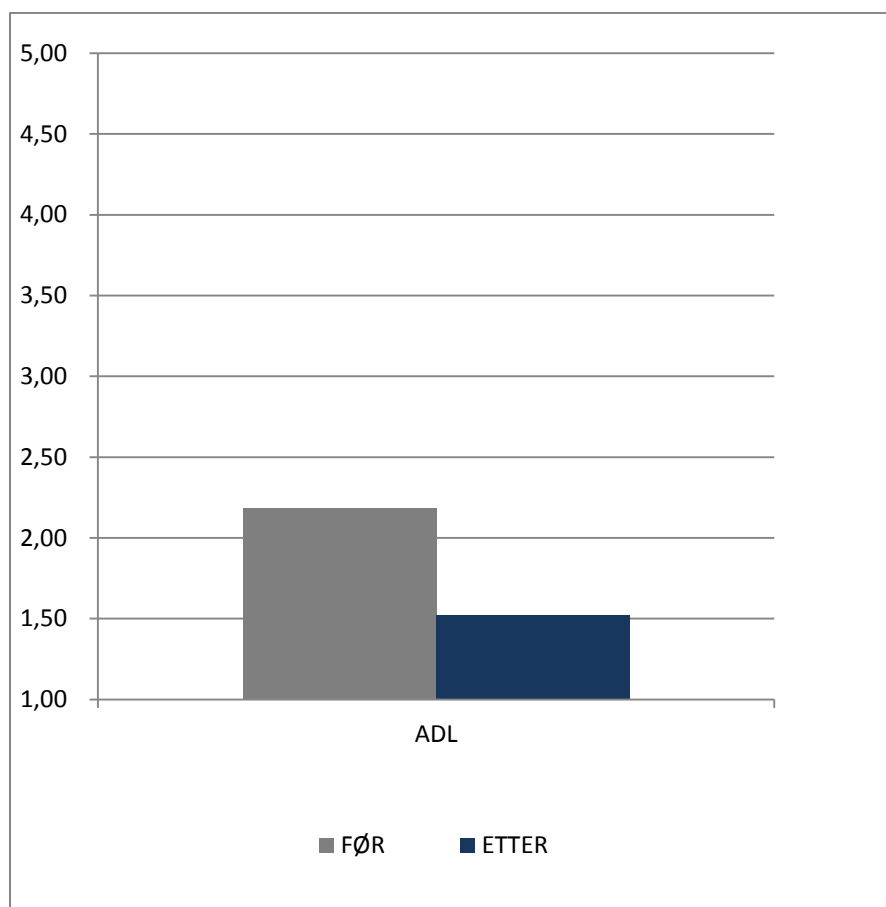
I figuren under ses gjennomsnittet av skåren på Bergs balanseskala før og til slutt i oppfølgingen hos 14 av brukerne. Ikke alle er retestet. En mann ble testet i februar og fikk skåren 7 poeng. Han hadde hatt hjerneslag, og kunne sitte i to minutter uten å falle når han kom hjem. Ellers trengte han personstøtte i det meste av det han gjorde. Ved retesten 6 måneder senere fikk han 39 poeng og klarte alt av dagligdagse aktiviteter selvstendig. Han er avhengig av ganghjelpemiddel, men var fornøyd med at han nå var selvhjulpen.



Tabell 8. Gjennomsnittlig skår på Bergs balanseskala

Mange av målene brukerne satte seg var også knyttet til det å kunne gjøre hverdagslige aktiviteter mest mulig selvstendig. En kvinne hadde som mål å kunne klare å gå på toalettet uten følge av ektemannen eller hjemmetjenesten. En annen kvinne hadde som mål å kunne kjøre bil til butikken alene. De fleste av brukerne satte selvhjulpenhet høyt. De ville ikke være avhengige av andre. IPLOS skår sier noe om hvor stort hjelpebehovet er (IPLOS veilder, Helsedirektoratet, 2009). Det er helsepersonellet som har satt skåren etter samtale med brukeren. Under vises en gjennomsnittlig skår på IPLOS før og ved avsluttet oppfølging. Personer som ikke har funksjonsreduksjon i IPLOS

skåren ligger på skåren 1,0 for ADL-aktiviteter. Da utføres aktivitetene uten behov for hjelp eller endret standard.



Tabell 9. Gjennomsnittlig ADL-skår i IPLOS før og ved avsluttet oppfølging

Delmål 5: Gjennom prosjektperioden skal ansatte i hjemmebasert omsorg, Romedal distrikt og prosjektgruppa ha utvekslet og oppnådd økt kunnskap om rehabilitering i samråd med avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet, Ambulerende rehabiliteringsteam ved SI (ART) og rehabiliteringsavdelingen ved Stange sykehjem

StART har sammen med sykepleier og ergoterapeut i ART arrangert tematreff i rehabilitering for ansatte i Romedal distrikt. Lokalene deres ble brukt slik at det skulle være mest mulig tilgjengelig. Mange deltok. Definisjon av rehabilitering samt hva som skal til for å få mer rehabiliteringstankegang inn i den daglige jobben var diskusjonstema. Diskusjonen viste at det å jobbe med rehabilitering er givende for ansatte i hjemmebasert omsorg fordi en ser fremgang. Tid, resurser og tydelige føringer fra ledelse var problemområder som ble trukket fram. Flere så for seg at en kunne definere noen få som rehabiliteringsbrukere og bruke mer tid på disse i en kort periode. Det var enighet om at det å la brukeren utføre aktiviteter selv eller med litt tilrettelegging og/eller veiledning, krever mye mer tid enn det å utføre aktiviteten for brukeren.

Vi i StART har deltatt ved behandling av brukere ved SI, avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering og har fått større kompetanse på tiltakssiden av den grunn. Vi har også deltatt ved bruker konsultasjoner til logoped og andre. Teamet har deltatt på rehabiliteringskonferanse og referert fra denne til Romedal distrikt. Ved konferansen ble det lagt vekt på at rehabiliteringsfeltet ute i kommunene ofte er for dårlig. Vi må i fremtiden regne med at mange flere vil trenge rehabilitering etter et hjerneslag. Dette fordi akuttbehandlingen nå har blitt så god at mange flere enn tidligere overlever en sånn skade. I tillegg til at vi blir eldre. Hverdagsrehabilitering ble også trukket frem under konferansen. Ergoterapeut i teamet har gått kurs for å bli tryggere i å bruke COPM som en del av kartleggingen. Nesten alle ergoterapeutene i kommunen har nå gått på kurs for å kunne bruke denne kartleggingen. Fysioterapeuten i StART og fysioterapeuten ved rehabiliteringsavdelingen har vært på balanseseminar. Resultatet av dette er at Short Physical Performance Battery (SPPB) som ble gjennomgått veldig kort på seminaret vil bli tatt i bruk av kommunens fysioterapeuter. Denne ble oversatt til norsk april 2013 ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Folkehelseinstituttet, Forskningsgruppe for Geriatri, St. Olavs hospital og NTNU. Alle fysioterapeutene og ergoterapeutene har også vært på kurs for å lære om hvordan en utfører et motiverende intervju (MI). Deler av MI er tatt i bruk litt forsiktig ved samtale med bruker. F.eks. har vi utover året blitt flinkere til å prøve å speile eller gjenta det brukeren sier. Dette for å bekrefte eller avkrefte at det en hørte eller tolket at en hørte virkelig er det brukeren mente. Vi har også blitt flinkere til å spørre brukeren om hva han/hun vet fra før om eksempelvis fallfeller i hjemmet eller hvordan en kan forebygge nytt hjerneslag. Da slipper brukeren å sitte og høre på informasjon han eller hun allerede visste. En kan også få en pekepinn på om dette er ønskelige temaer. I tillegg får helsepersonellet sjekket ut hva brukeren vet om temaet. I forhold til røykeavvenning, for de brukere som ønsker dette, vil vi få til et samarbeid med frisklivssentralen i Stange kommune etter hvert.

Teamet har også lært mye av hverandre fordi vi har jobbet tett. Ved alle målsamtaler har vi vært to fra teamet. Sykepleieren har vært med og sett hvordan fysioterapeuten tester balanse. Fysioterapeuten har vært med når ergoterapeut har brukt COPM. Og ergoterapeuten har vært med når sykepleieren har gitt informasjon om hvilken funksjon de forskjellige medisinene brukeren har fått beskjed om å ta fra spesialisthelsetjenesten eller fastlegen osv. Fysioterapeuten er god på nevrologisk undersøkelse og har videreformidlet dette til de andre. Ergoterapeuten har vært god på kognitiv kartlegging og lært de andre i teamet om dette og sykepleieren har vært god innen medisinske diagnoser. Siden vi i teamet også har vært tydelig på at brukeren kan spørre oss om det meste og at vi kan være behjelpelige med å finne informasjon om det som opptar brukeren, har vi også lært mye om TT-kort, ledsagerbevis, støttekontakt, kulturkalenderen, frivillighetssentralene, arbeidsavklaring osv.

StART og det ambulerende rehabiliteringsteamet ved Sykehuset Innlandet (ART) har hatt 5 treff i løpet av prosjektperioden hvor vi har diskutert de ulike rehabiliteringsforløpene anonymt. Dette har vært veldig nyttig og gitt oss mer kunnskap om rehabilitering. I tillegg har vi fått bedre oversikt over hvordan andre kommuner jobber med rehabilitering.

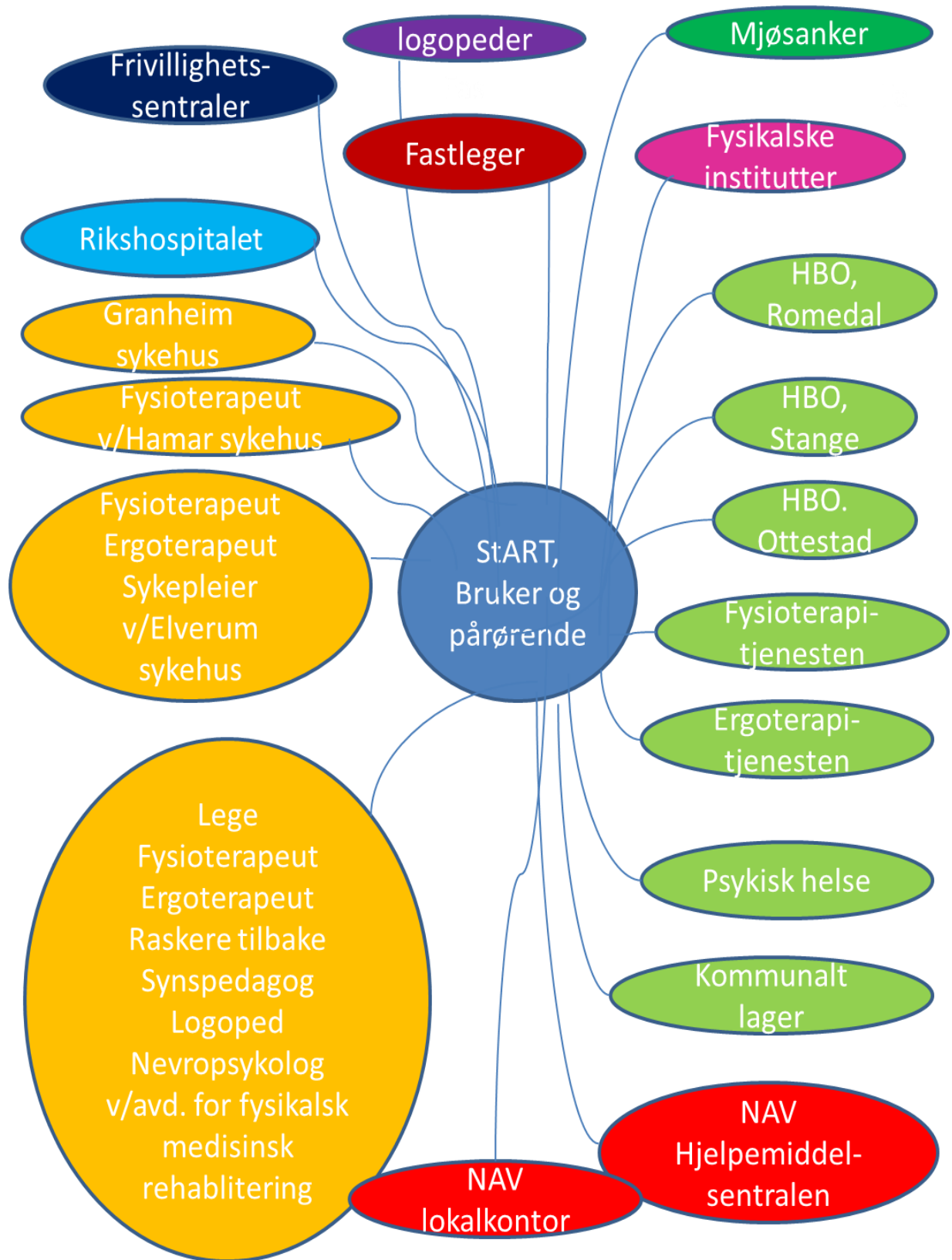
I forbindelse med ReHab uka 2012 arrangerte StART et halvdagsseminar både på dagtid og kveldstid med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som de store temaene. Vi søkte om midler til dette og fikk 10 000 kroner til å arrangere ReHab uka. Ved halvdagsseminaret var alle både ansatte og

innbyggere i Stange kommune invitert til å delta. Nils Erik Næss fra Norsk ergoterapeutforbund holdt spennende innlegg blant annet om det å ha individuelt tilpassede løsninger i stedet for standardpakker i helsetjenesten. Prosjektleder innledet seminaret med å informere om StART-prosjektet. På seminaret deltok helsearbeidere og ledere fra de to helse- og omsorgssentrene i kommunen, fra alle tre distrikter, fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten, psykisk helse, barn og familie, tidligere brukere, pårørende, politikere og noen fra Sykehus Innlandet. I forbindelse med ReHab uka 2012 hadde vi også åpen dag ved dagrehabiliteringen. Her fikk vi besøk av bare fem personer og vi ser i etterkant at vi burde reklamert enda mer for begge arrangementene.

Delmål 6: Prosjektet skal ha oppnådd en samarbeidsform med hjemmebasert omsorg Romedal distrikt, Stange distrikt og Ottestad distrikt, aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten, den kommunale fysio- og ergoterapiavdelingen, rehabiliteringsavdelingen ved Stange helse- og omsorgssenter og privatpraktiserende fysioterapeuter

Teamet opplever at vi har hatt god dialog med alle samarbeidende instanser. Vi har blitt godt mottatt, det har blitt snakket varmt om rehabilitering og at hjelp fra StART har gitt bedring hos brukerne. Vi har likevel ikke funnet en endelig samarbeidsform med alle instansene. Romedal distrikt, den kommunale fysio- og ergoterapiavdelingen og avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering ved Sykehuset Innlandet, er de instansene vi samarbeider mest med i dag. Disse instansene tar også kontakt med oss. Andre instanser tar i liten grad kontakt med oss. Det er vi som kontakter dem. Vi har vært samlokalisert med Fysio- og ergoterapitjenestene i hele prosjektperioden, og har deltatt på prioriteringsmøter og fagmøter med disse tjenestene. Vi ser at den mest aktuelle avdelingen for samarbeid i spesialisthelsetjenesten er avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering ved Sykehuset Innlandet, der både Raskere tilbake etter hjerneslag og Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) er organisert, i tillegg til sengeposten. Her er det fortsatt naturlig å samarbeide om felles brukersaker. Det var i samarbeid med denne avdelingen vi utarbeidet søknaden om samhandlingsmidler til StART prosjektet. Vi har hatt et godt samarbeid med de to ambulante teamene, og vi har kunnet fordelt oppgaver oss i mellom. Disse teamene har for eksempel kunnet vært med hjem til brukeren eller til brukerens arbeidsplass. Teamene ligger nå i faresonen for å bli nedlagt.

Det er fortsatt behov for å synliggjøre det arbeidet som gjøres i StART, og gjennom dette få til enda bedre samhandling med alle instansene. Videre jobbing mot dette målet og hvordan samarbeidet har vært i prosjektperioden vil bli mer belyst i del II. Under vises en illustrasjon av alle våre samarbeidspartnere. Noen måneder ut i prosjektet begynte vi å registrere samarbeidet vi hadde med tjenester i kommunen og utenfor kommunen. Vi har deltatt på 30 møter knyttet til brukersaker. De fleste møtene har vært samarbeid i med avd. for fysikalsk medisinsk rehabilitering (SI), og samarbeidsmøter med HBO. Vi har registrert 65 telefonsamtaler med instansene i figuren under. Her vet vi at vi har hatt mange flere. Det å huske å registrere alle telefonene som ofte tas ute på bygda og hjemme hos brukeren, eller i bilen på vei til et hjemmebesøk, har vært en stor utfordring. Det vi ser er at 85 til 90 % av telefonene er det vi i StART som har tatt ut til samarbeidspartnere. Også her er det hovedvekt av telefoner til HBO og rehabiliteringsavdelingen ved SI. Ved optelling ser vi også en del samtaler til ØSTO ortopedisenter AS, en samarbeidspartner vi ikke har nevnt i figuren under. ØSTO lager ortopediske hjelpemidler som f.eks. droppfotskinner, spesialsko og proteser.



● Stange kommune

● Sykehuset Innlandet

5 Brukereksempler

A Etter hjerneslag

Bruker i begynnelsen av 60 årene gjennomgikk et hjerneslag, og ønsket seg tilbake i jobb. Var innlagt på sykehus i ca 1 mnd. På sykehuset gikk bruker med rullator både inne og ute pga ustøhet. Ble utskrevet til hjemmet, der StART kom inn i bildet noen dager etter hjemkomsten. Satte bort ganghjelpemiddel ved hjemkomst. Oppfølgingen begynte med hjemmebesøk med kartlegging av fysioterapeut og ergoterapeut. Brukers mål var å komme seg tilbake i arbeid. Andre mål var å komme seg til butikk, komme seg ut i skogen, sykling og å besøke venner som bor langt unna.

Bruker ønsket i begynnelsen oppfølging i hjemmet, for å bedre funksjon og kunne nyttiggjøre seg tilbudet på dagrehabiliteringen. Her var bruker 2 ganger pr uke, med individuell oppfølging av fagpersonell i teamet. Fikk raskt egentreningsprogram, var godt motivert for det, og fikk senere veiledning i forhold til øvelser og tips til tilrettelegging i daglige aktiviteter. Oppfølgingen fra StART besto i å trene styrke, balanse, koordinasjon og utholdenhet, samt individuell trening på kognitive ferdigheter. Bruker var i StART i ca 2 mnd, 2 av ukene i spesialisthelsetjenesten for oppfølging med hensyn til jobb.

Etter oppstart på dagrehabilitering ønsket bruker ikke lenger oppfølging i hjemmet. På dagrehabiliteringen trente bruker på utfordringer som oppsto i det daglige etter det brå funksjonsfallet. I tillegg ble det trent på ferdigheter innen balanse, styrke og koordinasjon. Bruker hadde til å begynne med store smerter ved gange på grunn av feilbelastning. Etter å ha vært sengeliggende i mange døgn var muskulaturen svak. Bruker fikk flere spesifikke øvelser og ble etter hvert smertefri. Bruker kom seg raskt fysisk, da motivasjonen var høy og trente godt på egen hånd i tillegg til dagrehabiliteringen. Bruker startet opp igjen med fritidsaktiviteter relativt raskt, og fikk på den måten trent opp igjen det som var problematisk med hukommelsen. Nå er bruker tilbake i jobb, går i skogen, sykler og besøker venner.

B Etter hjerteoperasjon

Bruker gikk gjennom en hjerteoperasjon, og fikk store komplikasjoner. Dette førte til gjentatte reinnleggelse på sykehus. Bruker hadde svært nedsatt almenntilstand, hadde mye bivirkninger, samt nedsatt balanse og styrke i hele kroppen. Etter siste sykehusinnleggelse var bruker på rehabiliteringsopphold på sykehjem i ca 3 mnd. StART kom inn i bildet rett før bruker reiste hjem fra oppholdet på sykehjemmet. Brukers mål var å bli selvstendig i daglige gjøremål i hjemmet, lage mat og ta oppvasken uten hjelp eller tilsyn, kunne reise seg opp fra stolen sin uten hjelp, få beina oppi senga selv og å komme seg opp i 2. etg. Andre mål var å kunne gå på toalettet uten følge, stå og pusse tenner, komme seg rundt innendørs og utendørs uten hjelp eller tilsyn, bøye seg ned og plukke opp ting som blir mistet på gulvet.

Ved hjemkomst fikk bruker hjelp av hjemmebasert omsorg til alt i personlig hygiene og påkledning. Ektefelle bisto i andre gjøremål. Oppfølgingen fra StART varte i ca 6 mnd.

Det ble trent på å reise seg fra stoler/senger, å bedre gangfunksjonen, personlig stell og påkledning, balanse, håndtrening og øvelser i kjøkkenaktiviteter.

Boligen ble tilrettelagt med hjelpemidler, slik at bruker kunne være i stand til å bli selvhjulpen i personlig stell ved trening.

Da StART avsluttet sitt arbeid, hadde bruker kun hjelp til støttestrømper og dosering av medisiner. Alle daglige gjøremål ble utført på egenhånd. Bruker går nå uten noen form for ganghjelpemiddel innendørs, og går kortere distanser utendørs med rullator.

På slutten av oppfølgingen satte bruker seg mer langsiktige mål om å kjøre bil og være på reise. Også disse målene er nådd.

6 Kostnader

Det har vært noen kostnader knyttet til prosjektet. De største utgiftene har vært stillingene til fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Siden vi har fått disse samhandlingsmidlene for å prøve ut hjemmerehabilitering i kombinasjon med dagrehabilitering i et år, har det vært lite kostnader direkte til Stange kommune i 2012. Evalueringen har vi også fått midler til gjennom Høgskolen i Sør-Trøndelag, Program for ergoterapeututdanning. Dette betyr at dette første året, som vi har brukt til mye planlegging, prøving, feiling, justering, laget rutiner osv., har kommunen ikke hatt store kostnader. 22 brukere er fulgt opp. Dette er to flere enn det vi hadde som målsetting. Halvveis i 2013 har StART fulgt opp samme antall brukere. Dette viser at vi nå er gått over i drift og bruker mer tid på brukere og mindre tid på å planlegge, justere og lage rutiner. En endring i måten å jobbe på vil en måtte bruke tid på, og tid koster penger.

Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonsnedsettelse medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbudene er i praksis uklare i følge proposisjon 91 (2010-2011). Vi mener at det kan være mye forebygging i god rehabilitering. Det er vanskelig å si noe om hva en tjener på rehabilitering. Men at det har en samfunnsøkonomisk verdi kommer frem flere steder, blant annet gjennom rapporten "Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering" (Ness m.fl. 2012). Samhandlingsreformen sier noe om at vi skal tidlig inn og stoppe en dårlig utvikling. Helsevesenet skal tenke mer forebyggende, og dreie over fra pleie til trening. Av våre 22 brukere var det 16 brukere som fikk hjemmebaserte tjenester tilknyttet seg ved hjelp av sykehuset eller avdelingen de var innlagt på. Når de kom hjem og vi møtte dem var det 10 brukere som valgte å si nei til videre oppfølging fra hjemmebasert omsorg med en gang. De følte seg ivaretatt av helsevesenet og ønsket å gjøre aktiviteter selv og ikke få hjelp til å utføre dem. Hadde disse brukerne reist hjem med en rekvisisjon til fysikalsk institutt mistenker vi at flere av dem hadde trengt HBO lengre. En bruker forteller oss at vi var eneste helsepersonellet som hadde troen på at brukeren kom til å kunne flytte hjem. Han hadde fått beskjed om at han ikke hadde rehabiliteringspotensiale. «Jeg hadde vel ligget under torva, eller vært på en langtids plass hvis det ikke var for dere», fortalte han da vi traff ham noen måneder etter at vi hadde avsluttet saken.

Når vi ser tilbake på de ulike forløpene, ser vi også tilbake på slitne pårørende. Hadde ikke deres ektefelle fått hjelp til å kunne starte opp igjen aktiviteter selv, hadde vi etter en stund trolig fått to brukere som trengte helsehjelp i stedet for en. Mange av dem hadde også trengt en annen bolig.

Oversikt over kostnadene til StART-prosjektet 2012 er beskrevet i vedlegg nr 10.

7 Diskusjon

Videre drift av StART

StART prosjektet er nå i 2013 del av ordinær drift, frem til årsskifte 2014. Leder for fysioterapitjenesten og leder for ergoterapitjenesten bruker stillingsressurser til teamet fra ordinære tjenester. Disse tjenestene vektlegger rehabilitering og de brukere som har et rehabiliteringsbehov. Dette kan bety at de som ønsker fysioterapibehandling i hjemmet eller tilrettelegging i hjemmet av ergoterapeut grunnet en kronisk sykdom, må vente lengre på hjelp. Stillingsprosentene til sykepleieren er hentet fra administrasjonen. Nå består Stanges ambulerende rehabiliteringsteam (StART) av to ergoterapeuter i 50 % stilling, to fysioterapeuter i 80 % og 20 % stilling og en sykepleier i 100 % stilling.

Da StART var i prosjektform hadde alle i teamet samme leder, virksomhetsleder for helse- og rehabilitering. Prosjektlederen fungerte som en slags teamleder. Dette innebar at alle hadde samme ordninger med hensyn til fleksitid, permisjoner osv. Fysioterapeuten og ergoterapeuten i StART prosjektet hadde fortsatt fagtilknytning til sine avdelinger, og deltok på fagmøter og lignende. I 2013 har fysioterapeutene i StART nå lederen i fysioterapitjenesten som sin nærmeste leder. Ergoterapeutene har lederen i ergoterapitjenesten som sin nærmeste leder. Sykepleieren i StART har virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester i Stange kommune som sin nærmeste leder. Prosjektleder fra i fjor har fungert som en slags teamleder også i 2013.

Videre fremover vil sykepleieren fungere som teamleder, og ha ekstra ansvar for koordineringen i teamet. Koordineringen i teamet har i 2013 blitt en større jobb, fordi det nå er fem personer som har de tre stillingene mot tidligere tre personer. Det oppstår raskere misforståelser i forhold til hvem gjør hva. Teamet har møttes hver mandag morgen. Dette har i 2013 vært eneste møtepunkt for teamet som helhet i løpet av uken. Fordelen med at det er flere personer tilsatt er at kompetanse innen rehabilitering og måten det jobbes på i StART, blir erfart av flere. Det kan også gjøre det enklere å sjonglere med resurser ved sykdom eller ferie. Ulempen, i alle fall til å begynne med, var at mye tid gikk med til å informere den som ikke hadde jobbet i StART på noen dager. Her har vi trolig blitt flinkere til å dokumentere i gericca og bruke internmeldinger gjennom det samme systemet. Den måten teamet er organisert på i 2013 gjør at fysioterapeuter og ergoterapeuter i teamet har sine ledere i nærheten i og med at teamet er samlokalisert med disse tjenestene. Sykepleieren er derimot lengre unna sin leder.

Tverrfaglig jobbing

Diskusjoner om rehabiliteringsforløpene har vist at vi har hatt tre forskjellige fagspesifikke synsvinkler i StART. Vi har også gjort mange av de samme tiltakene, men med forskjellige vinklinger. Eksempelvis har vi fulgt opp en kvinne som hadde mål om å komme seg på butikken igjen på egenhånd. Ergoterapeuten gikk mot butikken sammen med brukeren og forhørte seg samtidig om det fantes andre måter for henne å komme seg på butikken på, hvis det regnet en dag eller det var andre grunner til at hun ikke kom seg av sted. Dette for å beholde den sosiale delen i hverdagen som det å komme seg på butikken var for kvinnen. Fysioterapeuten gikk samme turen mot butikken og

vurderte samtidig hvilket ganghjelpemiddel som var best egnet, eller om hun kunne gå uten ganghjelpemiddel. Dette for å unngå fall men samtidig få treningsutbytte av turen. Sykepleieren gikk samme turen mot butikken og fulgte med på hvor andpusten hun ble, ble hun blå på leppene? Trengte hun nitroglyserin for sin hjertesvikt? Mange hevder at de jobber tverrfaglig, men ved ettersyn er det registrert at aktørene arbeider parallelt inn mot brukeren, at det er lite dialog og samhandling mellom partene. Altså, en jobber ikke tverrfaglig men flerfaglig (Lauvås og Lauvås 2004). Vår erfaring gjennom prosjektperioden er at dialogen og samhandlingen mellom de tre faggruppene i teamet har vært tett og god. Sykepleieren, ergoterapeuten og fysioterapeuten har nå virkelig jobbet tverrfaglig der vi tidligere jobbet mer flerfaglig rundt brukeren.

Når likeverd vektlegges i stor grad, slik som i teamet i StART, og funksjonsdifferensieringen blir lav, øker sannsynligheten for en utvikling der det blir en gradvis oppløsning av faglige skillelinjer. I følge Lauvås og Lauvås (2004) kan arbeidet da gå over fra å være tverrfaglig til å bli et samarbeid mellom personer som besitter stort sett samme kunnskap og erfaring. Dette kan være en fare i et prosjekt som START. Vi mener likevel at vi ikke har hatt en slik utvikling gjennom prosjektperioden. Selv om vi har lært mye av hverandre, har vi også gjennom blant annet ulike kurs utviklet kompetanse innfor eget fagområde.

Innenfor hvert fagområde er det også blitt endringer.

Ergoterapeuten har i mye større grad enn før prosjektet jobbet med aktivitet og deltakelse i stedet for bestilling av hjelpemidler.

Fysioterapeuten har brukt samme tiltak som tidligere, men har blitt flinkere til å gjennomføre tester og retester. Flere brukere sier at dette gjør framgangen mer tydelig.

Sykepleieren er vant til å yte direkte hjelp til brukerne og gjøre aktiviteten for dem. Det har vært en stor omstilling å legge vekt på å gi veiledning og legge til rette for at brukeren selv skal gjennomføre aktiviteten.

Alle medlemmene i StART-teamet mener at vi ikke har stått alene om oppfølgingen av brukerne, noe man ofte følte tidligere selv om det var flere faggrupper inne. Vi synes det har vært gøy å jobbe i team og alle har følt et stort ansvar for oppfølgingen av brukerne.

Kombinasjon av hjemmerekabilerings og dagrekabilerings

Vi mener i StART at det har vært effektivt å ha mulighet for en kombinasjon av hjemmerekabilerings og dagrekabilerings. vi har sett at det å komme ut av hjemmet i perioder og trene sammen med andre, har hatt stor betydning for de fleste brukerne. Det å treffe andre har hatt stor betydning i seg selv, i tillegg til at vi disse dagene har kunnet trene på mange flere aktiviteter enn det som har vært mulig ved et hjemmebesøk. Vi mener også at vi har sett at de brukerne som har vært både til dagrekabilerings og fått hjemmerekabilerings, har kommet seg raskere enn de som bare har fått rekabilerings i hjemmet. Brukere har gitt positive tilbakemeldinger om at det har vært fint å treffe andre som også har opplevd store endringer i funksjon, selv om diagnosene ofte har vært forskjellig. De har blant annet kunnet støtte og pushe hverandre i treningen. Selv om mye av oppfølgingen ved dagrekabilerings har vært individuell, så har noen tiltak vært gruppebasert. Alle måltidene har

blant annet vært felles. I tillegg har dagene ofte vært lagt opp med en felles økt på slutten av dagen, og noen ganger har vi gått tur i nærområdet. I samtalene har også brukerne gitt hverandre råd og tips om eksempelvis røykeslutt.

Målsetting

Det å gjøre målene oppnåelige og tydelige har vi blitt flinkere til utover i prosjektperioden. Gjennom COPM har vi funnet noen problemområder, som f.eks. det å kle på seg om morgenen. Til å begynne med ble disse bare stående slik. Etter hvert ble vi flinkere til å spørre videre om hvilke ting ved påkledning som var vanskelig. For noen kunne det være både det å trekke på sokker i sittende, og det å dra buksene opp i stående. Inntrykket vårt er at det da ved å dele opp aktivitetene ble enklere for brukeren å sette tall på utførelsen i COPM. Dette er samme erfaring som er gjort av Kjekken m.fl. (2012). I tillegg satte vi opp når målet skulle være nådd. Det å trekke på strømper kunne bli formulert slik: «Har oppnådd å få på seg sokker uten hjelp av andre i sittende innen en måned». Ved videre drift i 2013 så vi et behov for at brukerne fikk dette nedskrevet selv også. Så fort de hadde nådd et mål hadde de et nytt mål å nå, og det kunne være vanskelig for noen å se sin egen gode fremgang. Vi laget derfor en rehabiliteringsplan (vedlegg 5). Planen lages sammen med brukeren og inneholder målene og hvilke ting han/hun kan gjøre selv og hva som kreves av hjelp. Bruker får kopi av planen. Her tydeliggjøres ytterligere at en rehabiliteringsprosess handler om ting bruker selv må ta tak i, noe som også gjør brukeren mer aktiv i egen rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering

Som tidligere beskrevet har vi i StART jobbet som et ambulant rehabiliteringsteam med de brukerne som har trengt rehabilitering etter et brått funksjonsfall grunnet skade eller sykdom. Vi har jobbet ut i fra hverdagsmestring som ideologi, og mener vi har lyktes i å sette rehabilitering mer på dagsorden i Stange kommune. Videre fremover vil det være behov for å innføre hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode i tillegg til Stanges ambulante rehabiliteringsteam, StART. Vår klare oppfatning er at kommunen bør satse på begge deler. Det blir viktigere og viktigere at kommunen har god kompetanse innen rehabilitering. Dette fordi flere sentrale ambulante team i spesialisthelsetjenesten nå legges ned, og ikke minst fordi det er varslet at brukere blir raskere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Kanskje burde vi tørre å sende flere brukere direkte hjem etter sykehusopphold, for å kunne vurdere i hjemmet om rehabiliteringen kan gjøres der eller om han/hun bør få døgnplass med rehabilitering.

Vi i StART mener at mange hadde hatt god nytte av å kunne gjøre ting selv i stedet for å få aktiviteter utført av pårørende eller hjemmetjenesten. Mange eldre som i dag har fått standardpakker, som tilkjørt middag eller stell på morgenen, hadde kommet til å kunne klare dette selv hvis noen kunne ha gjort det sammen med dem flere ganger.

Det finnes mange muligheter for hvordan en kan innføre hverdagsrehabilitering. Mange kommuner har innført metoden fra Sverige og Danmark hvor en bruker hjemmehjelpere som hjemmetrenere i et team sammen med ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Kartleggingen kan gjøres på samme måte som i StART. Brukerne som får hjelp av et slikt team trenger ikke å ha hatt noe brått fall i

funksjon, men ha hatt funksjonsendring over tid eller fått hjelp av hjemmetjenesten en stund. Flere henvendelser vi i StART har fått i 2013 har vært brukere i denne kategorien. Vi må nok etter hvert prioritere hvem som skal få oppfølging fra oss, siden det kan gå ut over kvaliteten på tjenestene hvis en skal følge opp alle. Med hverdagsrehabilitering vil det kreves mer resurser i hjemmetjenesten og blant terapeutene. Da vil en kunne trene mer og pleie mindre etter hvert, altså ta mer utgangspunkt i innbyggernes resurser og muligheter, slik det vektlegges i Stortingsmelding 29, Morgensdagens omsorg (2012-2013).

Referanser

- Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, JI. og Maki, (2004). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Bergs balanseskala*. Oversatt til norsk av J. Helbostad, A. Bergland og T. Askim.
- Bergland, B. (2001). Undersøkelse, vurderingsskalaer, tester, behandling: Postural kontroll- balanse, kompendium.
- Bredland, E., Linge, O.A. og Vik, K. (2003). *"Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid"*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2. utgave.
- Duncan, B. og Sparks, J. (2008). "I fellesskap for endring, en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis", Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2009). «IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester». Veileder IS-1112
- Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering», FOR- 2011-12-16-1256, Lovdata.no.
- Helse- og omsorgsdepartementet, «*Stortingsmelding 29, Morgendagens omsorg*», 2012 – 2013.
- Kjeken, I. og Sand-Svartrud, A.-L. (2012). "The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering", *Ergoterapeuten* nr. 1 i 2012.
- Law, M., Carswell, A., Polatajko, H. og Pollock, N. (2005). *"Canadian Occupational Performance Measure"*, oversatt til norsk av Kjeken, I. NRRK
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). «*Tverrfaglig samarbeid, perspektiv og strategi*», Universitetsforlaget, 2. utgivelse, 2004.
- Månsson, M.: «*Hemrehabilitering: vad, hur och for vem?*» Forbildningen AB/Tidningens Aldreomsorg, 2007.
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. og Butli, H. (2012). «*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*», Rapport fra Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapeut forbund.
- St. melding 47, 2008 – 2009. "*Samhandlingsreformen*", Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

Vedlegg 1 - Organisering av StART-prosjektet

Prosjektgruppe	Stilling	Navn	Stillingsbrøk
Prosjektleder	Fysioterapeut	Kine Lundsbakken	100 %
Prosjektmedarbeider	Ergoterapeut	Kristiane Huuse	80 %, 100 % fra august og ut året 2012.
Prosjektmedarbeider	Sykepleier	Anita Saugen	
Prosjektmedarbeider	Sykepleier	Monica Hagen	100 % i 4 mndr på høsten 2012.

Styringsgruppe	Tittel	Navn	Virksomhet
Leder	Virksomhetsleder	Mari Skaven	Helse/rehab
	Kommunalsjef for helse og omsorg.	Seierstad Tove Nordli Selnes	Helse og omsorg
Sekretær	Fysioterapeut/prosjektleder	Kine Lundsbakken	Helse/rehab
Vara	Ergoterapeut/prosjektmedarb.	Kristiane Huse	
Deltaker	Leder for Lille Kjonerud bofellesskap	Anne Holt Palerud	Lille Kjonerud bofellesskap
Vara	Avdelingsleder	Laila Bjørke Olsen	
Deltaker	Leder i ergoterapitjenesten	Ingelin Kvisgaard	Helse/rehab
Vara	Leder i fysioterapitjenesten	Bente Mostuen	
Deltaker	Virksomhetsleder	Frode Bråthen	Hjemmebasert omsorg,
Vara	Avdelings sykepleier	Anita Saugen	Romedal distrikt.
Deltaker	Fysioterapeut	Eija Saraneva	Sykehuset Innlandet, Fysikalsk medisin og rehabilitering
Deltaker	Brukerrepresentant	Hans Tynnerstedt	Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Deltaker	Avdelingsleder, avd. 4c	Anita Engelberg	Stange sykehjem

Ressurspersoner

Kari Nilsen, systemkoordinator for voksne.

Vedlegg 2 - Fremdriftsplan i StART-prosjektet

Aktivitet	Hvem har ansvaret	Når	Utført?
Møter i styringsgruppa	Mari Skaven Seierstad	Hver 6. uke	ok
Møter i prosjektgruppa med Mari	Mari	Hver 14. dag eller v/behov	ok
Lage henvisningsskjema	Kine	Før mars	ok
Prøve ut henvisningsskjemaet ved avd. 4c	Kine	Før mai	ok, lite tilbake- meldinger
Lage inntaksteam, gjøre vurderingsbesøk	Kine og Mari	Før mars	Ble prosjekt- gruppa/ teamet
Ukentlig trening/oppfølging i brukernes hjem etter individuelle behov. <ul style="list-style-type: none"> - Tverrfaglig målsamtale og kartlegging ved bruk av COPM, canadian occupational performance measure. - KOR, klient og resultatstyrt praksis. To skjemaer som skal fylles ut ved oppstart og en gang i uken - Opprettelse av personlig koordinator - Iplos registrering - Elektronisk individuell plan - Opprettelse av ansvarsgruppe - Individuell tverrfaglig oppfølging - Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten - Dokumentere i gerica - Egentrening - Ha dialog med fastlege, NAV og andre aktuelle samarbeidspartnere - Bergs balanseskala 	Prosjekt-gruppa	Fra 6. feb. til 30.nov. Alle disse aktivitetene skal gjennomføres kontinuerlig.	Målsamtale, COPM, iplos skår, KOR og individuell oppfølging hos alle brukerne. IP, Bergs balanseskår, ansvars- gruppe osv ved behov.
Ukentlig trening/oppfølging ved dagsenteret Lille Kjonerud mandager og onsdager. <ul style="list-style-type: none"> - Gruppeaktiviteter av forskjellige typer - Individuell tverrfaglig oppfølging - Tett samarbeid med ansatte ved Lille Kjonerud bofellesskap - Bergs balanseskår og andre relevante fysiske tester - Ute og inne aktiviteter av forskjellige typer - Egentrening 	Kine Alle involverte Kristiane og Kine Kine Kristiane og Kine Brukeren	Fra 6. feb. til 30. nov.	Gågruppe Ok Med aktivitør Ok Boccia, heste- skokasting, gåture osv.
Tematreff med brukere og pårørende	Kristiane	Oktober 2012	Ble utflukt i Rotlia i stedet.
Dialogmøte med alle interesserte	Kine	September 2012	Halvdags- seminar med hverdags- mestring som tema
Pårørendegrupper	Kine	August 2012	Ikke startet Opp
Selvhjelpsgrupper	Kristiane	September 2012	Herreklubb
Lage et kort informasjonsskriv om start-prosjektet	Kine	Før juni	Ok

Transport frem og tilbake fra Lille Kjonerud	Kine og Mari	Før 6. februar	Ok
Utarbeide felles brev til de som får tilbudet om deltakelse	Kine	Før juni	Ok, brosjyre
Evaluering i samråd med HIST	Kine og Eva Magnus	Høsten 2012, vinteren 2013	Har startet opp. Blir trykket opp i august -13.
Tematreff med HBO, avd. 4c ved Stange sykehjem og andre aktuelle samarbeidspartnere	Kine	Oktober 2012	Halvdagsseminaret for alle og et lite tematreff med StART og HBO, Romedal
Lage nettinformasjon til stange.kommune.no	Kine	Før juni	Ok
Gi informasjon om prosjektet til Elverum sykehus, Hamar sykehus, avd. 4c Stange sykehjem, personalet og beboere ved Lille Kjonerud bofellesskap, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved SI og Ambulerende rehabiliteringsteam, SI, ART.	Kine og Kristiane	Før mars	Ok
Jevnlige avtaler med ART for veiledning	Kine	Kontinuerlig	Ok
Skrive sluttrapport	Kine	Før 1. jan 2013	Ok. Til sommeren 2013.

Vedlegg 3 - Målsamtale

TVERRFAGLIG MÅLSAMTALE FOR REHABILITERING

Hvem deltar:

Aktuell situasjon:

Deltagelse/Nettverk:

Boforhold/Bolig:

Aktiviteter i hverdagen:

Interesser/Fritid:

Mestring/ Opplevelse av situasjonen:

Fysisk funksjonsevne:

Søvn/Hvile/Smerter:

Psykisk helse:

Sansefunksjon og kognitiv funksjon:

Kommunikasjon:

Økonomi:

Andre ting du ønsker vi skal vite?

Ønsker du individuell plan?

MÅL:

Vedlegg 4 - Målsamtale, ny utgave

TVERRFAGLIG MÅLSAMTALE FOR REHABILITERING

Hvem deltar:

AKTUELL SITUASJON:

KROPPSFUNKSJONER:

(Diagnoser, fysisk funksjonsevne, psykisk helse, sansefunksjon, kognitiv funksjon, søvn, hvile, smerte, matlyst, kommunikasjon osv).

AKTIVITET OG DELTAGELSE:

(Aktiviteter i hverdagen, beskriv en vanlig dag, interesser, fritid, opplevelse av mestring osv.).

MILJØFAKTORER:

(Nettverk, boforhold, økonomi, transport, arbeidssted osv.).

Hva er viktige aktiviteter i livet ditt akkurat nå?

Hva kan trenes og tilrettelegges for at jeg mestrer det jeg ønsker?

MÅL:

Individuell plan eller andre ting:

Vedlegg 5 - Rehabplanen

Min rehabiliteringsplan

Navn:

Personlig koordinator.....

Fra dato _____

Til dato _____

HVA ER VIKTIGE AKTIVITETER I LIVET MITT NÅ?

HVA KAN TRENES OG TILRETTELEGGES FOR AT JEG MESTRER DET JEG ØNSKER?

EGENTRENING:

Hvem deltar i rehabiliteringen:

Navn	Arbeidssted og tittel	Telefonnummer

Underskrift

Bruker

Personlig koordinator

Vedlegg 6 - COPM (Skannet med godkjennelse fra Ingvild Kjekken).

NOTATER OG BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Første vurdering:

Oppfølging:

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

NORSK VERSJON

Forfattere:
Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McCall, Helene Polatajko, Nancy Pollock

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert vurderingsinstrument, utviklet av og for ergoterapeuter. COPM brukes for å dokumentere klienters selvopplevde forandring i aktivitetsutførelse over tid.

Oversatt av Ingvild Kjekken, NRRK, Diakonhjemmets sykehus, Oslo, 2001.

Navn:		Fødselsnummer:
Adresse:		Tlf.nummer:
Diagnose/problemstilling:		Innleggelsesdato:
Informant (hvis ikke klienten selv):		
Dato for vurdering:	Planlagt dato for ny vurdering:	Dato for ny vurdering:
Ergoterapeut:		
Institusjon/arbeidssted:		

<p>TRINN 1: IDENTIFISERE PROBLEMER MED AKTIVITETSUTFØRELSE</p> <p style="font-size: x-small;">For å identifisere problemer med aktivitetsutførelse intervjues klienten. Spør om daglige aktiviteter innen personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Be klienten fortelle om daglige aktiviteter som hun/han gjerne vil gjøre, må gjøre eller forventes å gjøre ved å oppmuntre henne eller ham til å tenke gjennom en vanlig dag. Be deretter klienten fortelle hvilke av disse aktivitetene som er vanskelig å utføre slik hun/han ønsker det nå. Noter ned disse aktivitetene under trinn 1A, 1B eller 1C.</p> <p>Trinn 1A: Personlige daglige aktiviteter</p> <p>Personlig stell (f.eks. påkledning, spise, personlig hygiene)</p> <p>Mobilitet (f.eks. forflytning innendørs/utendørs)</p> <p>Fungere i samfunnet (f.eks. transport, innsjekk, økonomi)</p>	<p>TRINN 2: VURDERE BETYDNING</p> <p style="font-size: x-small;">Bruk vurderingskortet for betydning, og be klienten angi på en skala fra 1 til 10 hvor viktig hver aktivitet er. Skriv tallene i rubrikkene under 1A, 1B eller 1C.</p> <p>BETYDNING:</p> <p>Personlig stell: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Mobilitet: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fungere i samfunnet: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Trinn 1C: Fritid</p> <p>Rolige fritidsaktiviteter (f.eks. hobbyer, håndverk, lesing)</p> <p>Fysisk krevende fritidsaktiviteter (f.eks. sport, turer, reiser)</p> <p>Sosiale aktiviteter (f.eks. ta imot besøk, gå på besøk, ringe, brevveksling)</p> <p>TRINN 3 OG 4: POENG - FØRSTE VURDERING OG OPPFØLGING</p> <p style="font-size: x-small;">Bli enig med klienten om de fem viktigste problemene og noter dem nedenfor. Gjennom å bruke scoringskortene bes klienten om å vurdere hvert enkelt problem med hensyn til utførelse og tilfredshet. Beregn deretter totalt antall poeng. Totalt antall poeng beregnes ved å legge sammen poeng for utførelse eller tilfredshet for samtlige problemer, og dele på antall problemer. Ved oppfølging scorer klienten igjen hvert problem med hensyn til utførelse og tilfredshet. Beregn nye poeng og forskjellen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Problemer med å utføre aktiviteter</th> <th colspan="2">Første vurdering:</th> <th colspan="2">Oppfølging:</th> </tr> <tr> <th>Utførelse 1</th> <th>Tilfredshet 1</th> <th>Utførelse 2</th> <th>Tilfredshet 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Totalscore:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Utførelse 1 Poeng 1</th> <th>Tilfredshet 1 Poeng 1</th> <th>Utførelse 2 Poeng 2</th> <th>Tilfredshet 2 Poeng 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total = Total utførelse-poeng / Antall problemer</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>FORSKJELL I UTFØRELSE = Utførelse score 2 <input type="text"/> - Utførelse score 1 <input type="text"/> = <input type="text"/></p> <p>FORSKJELL I TILFREDSH. = Tilfredsh. score 2 <input type="text"/> - Tilfredsh. score 1 <input type="text"/> = <input type="text"/></p>	Problemer med å utføre aktiviteter	Første vurdering:		Oppfølging:		Utførelse 1	Tilfredshet 1	Utførelse 2	Tilfredshet 2	1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Utførelse 1 Poeng 1	Tilfredshet 1 Poeng 1	Utførelse 2 Poeng 2	Tilfredshet 2 Poeng 2	Total = Total utførelse-poeng / Antall problemer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Problemer med å utføre aktiviteter	Første vurdering:			Oppfølging:																																										
	Utførelse 1	Tilfredshet 1	Utførelse 2	Tilfredshet 2																																										
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
	Utførelse 1 Poeng 1	Tilfredshet 1 Poeng 1	Utførelse 2 Poeng 2	Tilfredshet 2 Poeng 2																																										
Total = Total utførelse-poeng / Antall problemer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										

Skjemaet av COPM står i rekkefølgen s4,s1,s2,s3.

Vedlegg 7 – Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Relasjonen:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

-----|

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

-----|

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det

Tilnærming eller metode:

Måten vi arbeider på passer *ikke* så godt for meg.

-----|

Måten vi arbeider på passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i -----|
samtalen i dag.

Som helhet var
samtalen i dag bra
for meg.

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Vedlegg 8 – Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

|-----|

Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

|-----|

Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

|-----|

Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

|-----|

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Vedlegg 9 – Henvisningsskjema

HENVISNINGSSKJEMA

For hjemmerehabilitering i kombinasjon med dagbasert rehabiliteringssenter i Stange kommune

Personopplysninger:

Navn: _____ Pers.nr. (11 siffer): _____

Adr: _____ Poststed: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Statsborgerskap: _____

Sivil status: Gift/ samboer Enke/- mann Skilt/ separert Ugift/ enslig

Ektefelle/ samboer: _____ Pers.nr (11 siffer): _____

Nærmeste pårørende/ hovedkontakt:

Navn: _____ Slektsforhold: _____

Adr: _____ Poststed: _____

Telefon (priv): _____ Telefon (jobb): _____ Mobil: _____

Fastlege: _____ Telefon: _____

Kroppsfunksjon

Diagnoser, aktuell skade eller sykdom, hørsel, syn, søvn osv.

Aktivitet og deltakelse

Hva kan han/hun gjøre og være med på, muligheter, begrensninger, ønsker, interesser

Miljøfaktorer

Hvilke begrensninger og muligheter ligger i bolig, arbeidssted, transport, familie, nettverk

Årsak til henvisningen

Hva ønsker han/hun hjelp til

SAMTYKKE

Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning de som har krav på taushet, samtykker.

Det er en forutsetning at det dreier seg om *informert samtykke*. Dette innebærer at den det gjelder er kjent med *hvilke* opplysninger som formidles videre, *hvem* som er mottaker av opplysningene og *hva* samtykket skal benyttes til.

Jeg er oppmerksom på at min søknad om tjenester vil bli behandlet tverrfaglig.

Jeg samtykker i at samarbeidende personell kan utveksle relevant informasjon for å koordinere mitt tjenestetilbud.

Fastlege

Spesialisthelsetjenesten/ sykehus

Andre aktuelle samarbeidspartnere _____

Jeg samtykker ikke til utveksling av relevante opplysninger om min helsetilstand.

Søknaden er utfylt av: _____

Søkers underskrift: _____

Sted: _____ Dato: _____

Adressene er:

StART, Stange helsesenter, Pb 214, 2336 Stange

Opplysninger til søkeren:

Alle opplysningene som blir gitt i henvisningsskjema behandles fortrolig.

Nærmeste pårørende:

Pasientrettighetsloven § 1-3, bokstav b):

"pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge."

Samtykkekompetanse:

Pasientrettighetsloven § 3-1, bokstav b over):

"Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten".

PL 220 Drift h-i-år pr Prosjekt (S1)

Velg kolonner Grafikk oppsett Rapporter Legg til i snarveier Hjelp

Se Uvalgskriterier

Resultat

Detaljnivå Alle nivåer
 Kopiere til utklippstavlen Rader per side 100

#	Virksomhet	Prosjekt (T)	H.post	H.post (T)	Beløp (1)	Oppr. budsjett (1)	Bud. just. (1)	Rev. budsjett (1)	Rest	Forbr- %
1	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	0	Lønn og sosiale utgifter	1 270 519	0	91 600	91 600	-1178919	1387
2	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	1-2	Kjøp varer/tjenester i komm tjenest...	90 154	0	0	0	-90153	0
3	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	4	Overføringsutgifter	5 517	0	0	0	-5517	0
4	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	6	Salginntekter	-12 725	0	0	0	12725	0
5	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	7	Refusjoner	-178 797	0	0	0	178797	0
6	S2 13003	STARTPROSJEKT ANG HJEMMEREHABILITER...	9	Finansinntekter og finansieringsstra...	-1 075 287	0	0	0	1075287	0
Σ					99 381	0	91 600	91 600	-7780	108
Σ					99 381	0	91 600	91 600	-7780	108

Agresso Business World TRA002 S33023 S1

Vedlegg 10 - Kostnader

http://agressoweb.hedmarken-ikt.no/halostweb/Container.aspx?type=topgen&menu_id=REP461&template_id=2145&systemplate=false... 11.02.2013

StART -prosjektet

Del II - Erfaringer fra brukere og samarbeidspartnere

Eva Magnus & Gunn Fornes

Sammendrag

Denne delen av rapporten formidler erfaringer fra brukere og samarbeidspartnere i StART-prosjektet. Evalueringen er finansiert av Samarbeidsmidler til fellesprosjekt mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) og praksisarenaer for sosionom-, barnevernpedagog-, vernepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut- og audiografstudenter. Evalueringen har vært gjennomført av Program for Ergoterapeututdanning ved HiST i samarbeid med ansatte ved Virksomhet for helse og rehabilitering i Stange kommune.

Hensikten med evalueringen har vært å øke kunnskapen om hjemmerehabilitering i kombinasjon med dagrehabilitering, med utgangspunkt i erfaringer fra brukere som har vært gjennom en rehabiliteringsprosess og fra samarbeidspartnere.

Det er gjennomført intervjuer med 18 av prosjektets 22 deltakere. Intervjuene ble gjennomført ved Lille Kjonerud eller hjemme hos den enkelte. Temaene for intervjuet var blant annet bakgrunn for tilbudet om rehabilitering, om erfaringer fra rehabiliteringsprosessen, om mål for rehabiliteringen, medvirkning i prosessen og deltakelse i dag.

I tillegg er det gjennomført en fokusdiskusjon med samarbeidspartnere fra regionens sykehus, et rehabiliteringssenter, et tilbud om Raskere tilbake, et av kommunens distrikt, en leder for Virksomhet for helse og rehabilitering i Stange kommune og en representant fra andre rehabiliteringstilbud.

En oppsummering av brukernes erfaringer er presentert i fem temaer: 1) «Individuelle rehabiliteringsmål», 2) «Alle aktivitetene har vært det viktige», 3) «Å treffe andre», 4) Medvirkning – forhold til ansatte, 5) «Å komme i gang igjen» – Betydningen av rehabilitering.

Samarbeidspartnerne trakk særlig fram fire forhold. Dette var 1) Betydningen av målsamtaler, og opptrening i de aktiviteter som bruker faktisk ønsker å kunne utføre og delta i, 2) Betydningen av tverrfaglig arbeid, 3) Nødvendigheten av å diskutere hva rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er, og 4) Ledelse og henvisningsrutiner.

Erfaringene fra StART-prosjektet tilsier at denne måten å organisere kommunens rehabiliteringstilbud på er vellykket på flere måter; brukere formidler positive erfaringer, de har trent for å oppnå mål som de har formulert for seg selv, de har kommet seg raskere enn de ellers mener at de ville ha gjort, de har positive erfaringer med både å kunne trene hjemme i vante omgivelser, og ved et dagtilbud.

StART-prosjektet er et bidrag til å øke kunnskapen om ulike modeller som kommunene kan velge for å bidra til at brukere skal kunne mestre hverdagen hjemme så lenge som mulig.

Innhold

Sammendrag	2
1 Innledning	4
Rehabilitering	4
Brukermedvirkning	6
2 Erfaringer fra rehabilitering i eget hjem	8
Medvirkning, målsetting og organisering	8
3 Metode	11
Kvalitative intervju	11
Fokusdiskusjon	12
4 Brukernes erfaringer fra StART-prosjektet	13
Individuelle rehabiliteringsmål	13
«Alle aktivitetene har vært det viktige»	15
«Å treffe andre»	18
Medvirkning	20
«Å komme i gang igjen» - Betydningen av rehabilitering	23
5 Samarbeidspartneres erfaringer med StART	26
«Det funker»	26
Tverrfaglighet	27
Kompetanse	28
Ledelse og henvisningsrutiner	29
6 Diskusjon	32
7 Avslutning	36
Referanser	37

1 Innledning

Denne delen av rapporten skal handle om 1) brukernes erfaringer fra gjennomført rehabiliteringsprosess, og 2) erfaringer fra StART-prosjektet sett fra samarbeidspartneres ståsted. På denne måten ønsker prosjektledelsen å få fram erfaringer fra mange av de involverte i prosjektet, og kunnskap om hva et tiltak som StART kan bety for de involverte.

Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) fikk en henvendelse fra Stange kommune om å gjøre en evaluering av StART-prosjektet. Utdanningen har i mange år samarbeidet med ergoterapeuter i Stange kommune om studenter. Kommunens ergoterapeuter har på denne måten aktivt bidratt til utdanningen av studenter fra HiST. Deltakelse fra HiST i prosjektet er en videreføring av dette samarbeidet, som kan føre til kunnskapsøkning i de respektive organisasjoner. Dette vil i neste omgang komme studenter på både bachelor- og masternivå til gode. Evalueringen er finansiert av samarbeidsmidler/praksismidler ved HiST/Avdeling for helse- og sosialfag.

I prosjektbeskrivelsen for StART står det at *«Prosjektet tar utgangspunkt i en antagelse om at mennesker har et grunnleggende behov for å være selvstendige og aktive i eget liv. Når hjelp settes inn, er det alltid en risiko for at egne ferdigheter reduseres, og at personen innskrenker sin selvstendige aktivitet og deltakelse. Gjennom hjemmerehabilitering kan vi fokusere på den delen av personens livsutfoldelse som omhandler evnen til selvstendig og meningsfull aktivitet, og helt konkret guide og bidra til trening i daglige aktiviteter på de arenaer der de naturlig hører hjemme.»*

Mål i prosjektet:

Gi et bedre og mer sammenhengende rehabiliteringstilbud enn i dag.

Utvikle og utprøve en modell for tverrfaglig samarbeid og koordinering med Sykehuset Innlandets avdelinger. Dette gjelder særlig Ambulerende Rehabiliteringsteam (ART), kirurgiske og medisinske avdelinger og sykehuset Granheim.

Informasjonsstrategi overfor samarbeidspartnere og innbyggere.

Målgrupper i prosjektet var personer som hadde hatt et brått funksjonsfall. Man stipulerte med et antall på ca. 20 som ville gjennomføre et rehabiliteringsopplegg i løpet av prosjektperioden på ett år.

Rehabilitering

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (St.prp. nr.1) heter det at «Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelpe til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv» (s.6). Samhandling beskrives som den kanskje største utfordringen i helse- og omsorgstjenesten, og kvaliteten i tjenestene er derfor avhengig av god tilrettelegging for nettopp dette.

Samhandling bør i følge St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen være helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområde framover. Sentralt i reformen er et sterkere fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Dette krever blant annet god samhandling og brukermedvirkning. I tillegg understrekes behovet for gode helhetlige pasientforløp og tidlig intervensjon. Helhetlige pasientforløp skal i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). StART-prosjektet skulle gjennomføres i tråd med Samhandlingsreformens sentrale fokus.

Kjersti Vik (2012) presiserer at hverdagsrehabilitering må fremme aktivitet og deltakelse, blant annet fordi dette er i tråd med helsepolitiske føringer nasjonalt og internasjonalt. Hun viser fra sin forskning til mange forhold som har betydning for muligheter for aktiv deltakelse for eldre. Som et siste punkt i sin konklusjon henviser hun til både egen og andres forskning, og sier at det er viktig å være oppmerksom på at: Hverdagsrehabilitering utføres i en kontekst hvor bruker, pårørende, organisering og tjenestene utgjør en utfordrende og spennende arbeidssituasjon (s. 46). Denne delen av rapporten vil se nærmere på brukerens og samarbeidspartneres erfaringer i dette.

I rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (Ergoterapeutene, Norsk Sykepleieforbund og Norsk Fysioterapeutforbund 2012) henvises til erfaringer fra Danmark, Sverige og Norge om kjennetegn ved hverdagsrehabilitering (s. 14):

Det skjer på borgerens area, i hjemmet og nærmiljøet

Vanlige hverdagsaktiviteter brukes i opptrening

Den er et tilbud for eldre, selv om det ikke er klart definert nedre aldersgrense

Den har et forebyggende perspektiv, etter som den vedlikeholder mestring av hverdagsaktiviteter

Tidlig tverrfaglig kartlegging

Intensiv innsats på tidlig tidspunkt før den enkelte har mistet betydelig funksjon

Rapporten (ibid) anbefaler og ser behov for å samle forskning om den betydning hverdagsrehabilitering kan ha, om gjennomføring i ulike modeller, effekter og gevinster. Videre mener man at brukeres og medarbeideres tilfredshet med hverdagsrehabilitering er forhold som må dokumenteres for videreutvikling av området.

Hjemmerehabilitering er også et begrep som brukes. Det er ikke et entydig begrep (Månsson 2007), men kan beskrives som hjemmerehabilitering knyttet til sykehuset, hvor man jobber med at pasienten skal klare seg i eget hjem. Det kan også være rehabilitering på kommunalt nivå, som kalles hjemmerehabilitering og som drives som poliklinisk virksomhet, uten et utviklet teamarbeid og med risiko for at hjemmetjenestene ikke er del av arbeidet (ibid). Månsson (2007) beskriver hjemmerehabilitering som «insatser och en verksamhet som bedrivs i brukarens hem och i dennes närmiljö. Syftet är att brukaren ska kunna utveckla, återvinna, bibehålla alternativt kunna fördröja försämring av sina funktioner och förmågor» (s.12). Det handler altså om å øke funksjons- og aktivitetsnivå etter opphold på sykehus, samt å utvikle og holde funksjon ved like. Ulike steder for trening, dagrehabilitering og poliklinisk virksomhet beskrives som støttefunksjoner til hjemmerehabilitering.

Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11) trekker fram både hverdagsrehabilitering, Fredericiamodellen og erfaringer fra Hemrehab i Östersund som eksempler på alternative arbeidsmetoder. Her beskrives

hverdagsrehabilitering som en strategi med tidlig oppsporing og intervensjon av personer for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål (s.63). Rehabilitering i hjemmet kan tilpasses den enkeltes rytmer og rutiner, og gir mulighet for å trene i egne og kjente omgivelser. Strategien innebærer at man går fra sen innsats til tidlig innsats, fra behandling til tidlig oppsporing, fra kompensasjon til rehabilitering, fra pleie til forebygging og fra informasjon til motivasjon. I Regjeringens strategi for innovasjon i kommunesektoren er innovasjon definert som prosessen med å utvikle nye idear og realisere dei slik at dei gjev meirverdi for samfunnet. Det presiseres at det skal være noe nytt for kommunen, i tillegg til at det skal være nyttig og nyttiggjort. I hverdagsrehabilitering med tidlig tverrfaglig kartlegging og tidlig intervensjon for å øke mestringsevnen og redusere behovet for hjelp fra det offentlige, beskrives det også som et sentralt område for innovasjon innenfor morgendagens omsorg (Meld. St. 29 2012-2013). Her sies det at den faglige omstillingen i kommunene først og fremst er knyttet til en sterkere vektlegging av blant annet rehabilitering og tidlig innsats.

StART-prosjektet er et forsøk med både hjemmerehabilitering og et dagbasert rehabiliteringstilbud. Her vektlegges utprøving av et helt nytt tilbud om rehabilitering og tidlig intervensjon.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært fremhevet i helse- og omsorgssektoren gjennom flere tiår. I St.meld. nr. 40 (2002-2003) heter det at: *Som en av flere strategier for å bedre situasjonen for personer med nedsatt funksjonsevne vil regjeringen styrke brukermedvirkningen* (s. 36). Brukermedvirkning beskrives også som sentralt i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009), og her sies det at *Det er Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning at både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell* (s.47). I Meld. St. 29 (2012-2013) brukes begreper som brukerstyring, samskaping og medborgerskap. Bruk av begrepene kan diskuteres, men det gir et signal om at medvirkning i forhold som gjelder eget liv skal vektlegges.

I Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 1998-99) blir brukermedvirkning beskrevet som en av hovedutfordringene innenfor rehabiliteringsvirksomheten. Brukerne har for lite innvirkning på valg og utforming av tiltak, de må bruke mye tid på å samordne egne tiltak, og det hevdes at man mangler metoder for å praktisere brukermedvirkning. I Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) heter det i § 3-1 at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser- og behandlingsmetoder, og måten bruker medvirker på skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tilbudet om tjenester skal så langt mulig utformes i samarbeid med bruker.

Medvirkning blir sett som betydningsfullt og nødvendig innenfor samfunnsområder hvor det skal fattes beslutninger som har betydning for den enkeltes liv og hverdag. Det kan likevel oppfattes som ullent, og med lavt presisjonsnivå (Myhra 2012). En av personene som Myhra henviser til i sin bok sier at *Brukermedvirkning er deltakelse i eget liv!* (s. 83), og forfatteren understreker at denne personen mener reell deltakelse, der eget perspektiv blir tillagt vekt og en blir sett og hørt.

Medvirkning kan beskrives og forstås på flere måter, og måten man forstår det på vil ha betydning for i hvilken grad brukere bidrar aktivt i en rehabiliteringsprosess. Medvirkning kan beskrives som en

mulighet til å få informasjon, men også det å være en aktiv deltaker i beslutningsprosessene om eget liv. Det er snakk om grader av medvirkning. Dette er beskrevet av Arnstein (1969), som arbeidet med oppgradering av et stort boligområde i New York. Hun var opptatt av at beboerne skulle medvirke i arbeidet fordi det var deres boligområde, de skulle bo der i årene framover. Hun eksemplifiserer grad av involvering og deltakelse i beslutninger med en stige (ladder of participation) med åtte trinn. De nederste trinnene gir ingen myndighet (manipulasjon og terapi), mens trinnene oppover gir økende grad av innflytelse, fra informasjon, konsultasjon, forlik, partnerskap, delegert makt og til slutt borgerkontroll. Den samme stigen kan brukes som et bilde på grader av medvirkning også i annet arbeid hvor dette er sentralt.

Man kan se på brukermedvirkning i rehabilitering som en «midlertidig ordning», på vei mot brukerstyring, hvor brukeren kan ta kontroll over eget liv selv (Bredland, Linge & Vik 2011). På den måten kan man si at medvirkning starter på det trinnet hvor brukeren ønsker og har mulighet for å delta, men hvor kontroll over eget liv er øverst i trappen. Bredland, Linge & Vik (2011) understreker også at medvirkning er nødvendig for å finne fram til gode løsninger i prosessen. Det er bare brukeren som vet hvilke mål han eller hun har, og dette krever en åpen kommunikasjon som blant annet ikke hindres av vanskelig fagspråk, og hvor verdier som verdighet og deltakelse, og synet på bruker har betydning for det man gjør som fagperson.

«Å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektiv) er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum» (St.meld. nr. 47 2008-2009). Selvbestemmelse og medbestemmelse beskrives som en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet. Konsekvensen av dette er alles plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for utøvelsen av tjenester, og å se ut over egne faglige rammer. Yrkesutøverer skal forsøke å se pasientens helhetlige situasjon.

2 Erfaringer fra rehabilitering i eget hjem

De siste årene har flere kommuner startet med utprøving av ulike modeller for rehabilitering i hjemmet. En av disse er Arendal kommune, med pilotprosjektet «Hjemmebasert rehabilitering». Sentralt i prosjektet er brukernes deltakelse i egen rehabiliteringsprosess, som en motsetning til å være en passiv mottaker av hjelpetjenester (Hegge 2012a). Dette gjøres ved rask intervensjon, å hindre tidlig gjeninnleggelse, og å øke samhandlingen mellom sykehus, fastlege og kommunale aktører (Hegge 2012b). De ansatte formidler at de er blitt bedre til å kartlegge behov, og dermed kan skreddersy et opplegg til den enkelte. De jobber i team og sammen med bruker de tre første ukene etter sykehusoppholdet.

Prosjektet i Arendal kom i gang uten at de hadde hørt om «Fredericia Modellen» i Danmark (Kjellberg, Isen & Kjellberg 2011). I Fredericia prøvet kommunen ut to modeller for hverdagsrehabilitering. Begge modellene er del av en samlet satsning som kommunen kaller «Længst Muligt i Eget Liv».

1. «Hverdagsrehabilitering» kjennetegnes ved at nye brukere (borgere), som henvender seg til kommunen, blir vurdert med hensyn til rehabiliteringspotensiale. Det lages mål i samarbeid med en ansvarlig terapeut (evt.sykepleier), som utfører tiltakene sammen med 1-2 ansvarlige hjemmetrene.
2. I modellen som «Trænende Hjemmehjælp» blir brukere av hjemmetjenestene vurdert på nytt, og får et tilbud fra eksisterende kommunale hjemmeplejedistrikter. Det er sykepleiere, social- og sundhedsassistenter og trenende hjemmehjelpere knyttet til tilbudet, i tillegg til i underkant av én terapeutstilling.

Erfaringene viser at hverdagsrehabiliteringen skiller seg fra de vanlige hjemmetjenestene når det gjelder måten man tenker om mål, fokus i arbeidet, tidsbruk og justeringer av arbeidet. Forfatterne trekker fram to forhold som sentrale for å lykkes med hverdagsrehabilitering (ibid). Det er for det første at det jobbes tett i tverrfaglige team, med en ansvarlig visitator (har den første kontakten med bruker), en ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige hjelpere/assistenter (hjemmetrenere). Det er for det andre at de overordnede organisatoriske strukturer og rammer understøtter arbeidet som gjøres i teamet sammen med bruker.

Medvirkning, målsetting og organisering

Andreassen (2012) skriver om et brukerperspektiv på rehabilitering. Hun henviser blant annet til en tidligere forløpsstudie av en medvirkningsprosess hun har gjennomført. I denne ble brukerrepresentanter med varige skader bedt om å fortelle om egne erfaringer slik at fagfolkene kunne lære og utvikle bedre tjenester. «*De skadde beskrev lange prosesser der en langsomt nærmer seg det «nye» mennesket skaden har gjort en til*» (s. 187). Lange prosesser avsluttes ikke i løpet av en rehabiliteringsperiode, som det er for fagpersonene og i definisjonen av rehabilitering i Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 1998-1999). Andreassen beskriver brukerrepresentantenes rehabilitering som prosesser, som en samhandlingsprosess (mellom behandler, bruker og pårørende), en behandlingsprosess (flere deler av hjelpeapparatet involveres), og en

mestringsprosess (med fokus på livet utenfor hjelpeapparatet). Her forstås altså ikke rehabilitering som intervensjon.

I sin doktorgradsavhandling har Kjersti Vik (2008) hatt kontakt med eldre som har vært gjennom kommunal rehabilitering. I en av studiene fant de blant annet at eldre som hadde deltatt i rehabilitering opplevde et press fra omgivelsene om å konsentrere seg om de mest viktige egenomsorgsaktivitetene (ADL), heller enn om deltakelse i aktiviteter de var interesserte i (Vik, Lilja & Nygård 2007). Familie og venner var mer sentrale når det gjaldt deltakelse enn det å ha tilgjengelige omgivelser. Forfatterne mener at helsepersonell må vurdere seg selv som del av de sosiale omgivelsene som hindrer deltakelse. Vik, Nygård & Lilja (2009) studerer brukere som har hjemmerehabilitering og hvordan de oppfatter og tar i bruk tjenestene de kommunalt ansatte gir under en seks måneders periode. Tre informanter ble fulgt ukentlig gjennom rehabiliteringsperioden. Informantene oppfattet og beskrev sitt forhold til de ansatte på ulike måter. De hadde ulike ønsker om i hvilken grad de likte å småprate med de ansatte som kom, mens de brukte dem til å få gode råd og veiledning om trening, hjelpemidler, helseplager og medisiner; altså områder de ikke hadde kunnskaper om selv. De ansatte ble beskrevet som lærere, som de i en periode lærte nye ferdigheter av. De ansatte var også personer som hjalp dem med nødvendige praktiske oppgaver, som kontakt med sykehuset, legen, tekniske hjelpemidler og lignende. Noen ganger gjorde de ansatte oppgaver uten å snakke med brukeren først, som å skifte på sengen eller tilberede mat, noe som passiviserte brukeren. Oppfattelsen av de ansatte hadde for noen sammenheng med tidligere erfaringer fra tjenesten, mens andre var opptatt av å lære av dem for på best mulig måte å klare og håndtere hverdagen på egen hånd. Brukernes behov for hjelp og støtte under rehabiliteringsperioden varierte, og den varierte blant annet med type diagnose og utfordringer de erfarte gjennom forløpet. Brukerne satte pris på at de ansatte hjalp til med praktiske ting, da hadde de innvirkning på det som skjedde, de kunne samarbeide om det. Dette skjedde ikke når ansatte gjorde oppgaver hjemme hos dem uten at det var avtalt. Da mistet de kontroll. Forfatterne mener at rehabiliteringsmål som er nærmere brukerens mål og ønsker for sin framtid, trolig vil medføre mer samarbeid og økt involvering av bruker.

Lignende funn vises i en islandsk studie (Palmadottir 2003), som handler om rehabilitering i institusjon, men hvor fokus i studien er brukeres perspektiv på tjenestene de har fått av ergoterapeut i rehabilitering. Konklusjonen var at ergoterapeuter som arbeider i rehabilitering må være mer oppmerksomme på brukerens aktiviteter og behov, og involvere dem mer i målsettingsprosessen i rehabiliteringen. Andre fant at pasienter og ansatte var forskjellige i måten de satte mål på, type mål som ble satt, og i hvordan de oppfattet måloppnåelse (Sugavanem, Mead, Bully, Donaghy & Van Wijck 2013). I denne systematiske gjennomgangen som inkluderte 17 studier, ønsket man å lage en oversikt over effekter og erfaringer ved målsettinger i slagbehandling. De fant at målsetting økte bedringsprosessen, utførelse og måloppnåelse, og det hadde en positiv innvirkning på pasientens opplevelse av seg selv i egenomsorg og involvering i rehabiliteringen. Måten pasientene ble involvert i målsettingsprosessen på fremstår som uklart, og pasientene var ofte uklare om sin rolle i prosessen. De ansatte beskrev større grad av medvirkning i målsettingsprosessen enn pasienten.

En mindre studie (Grut 1997) med intervju av 11 personer som har vært gjennom kommunal rehabilitering, viser at tiltakene det har vært jobbet med primært er rettet mot trening, tilrettelegging og ergonomiske tiltak. Det hadde vært lite fokus på det å komme tilbake i jobb eller å gjenoppta fritidsaktiviteter som hadde betydning for dem, samtidig som alle informantene ønsket

nettopp dette. Det stilles spørsmål ved om de praktiske sidene ved rehabilitering er enklere for fagpersonene å forholde seg til, om de opplever at tap av aktiviteter og eventuelt kriser er vanskeligere å ta opp, eller at dette kan skyldes knapphet på ressurser og en prioritering i forhold til det. Det har vært rettet mye oppmerksomhet fra politisk nivå på rehabilitering i perioden etter denne studien. Det er derfor mulig at resultatene fra en lignende studie i dag ville ha sett annerledes ut.

Brukerne i en studie fra Bærum kommune (Grut & Kvam 2002) formidlet i intervjuer etter rehabiliteringsprosessen, at de hadde medvirket i rehabiliteringen, og hadde oppfattet målene som var satt for dem som gode og relevante. Hensikten med dette prosjektet var å prøve ut en modell for hjemmebasert, tverrfaglig rehabilitering av personer med somatiske/fysiske funksjonsproblemer, hvor virkemidlene var individuell rehabiliteringsplan, motivasjonsarbeid og nettverksmøter. Modellen innebar blant annet intensiv innsats i overgangen fra institusjon til hjemmet. Dette ble vurdert som særlig viktig i ettertid, hvor man vurderte at tiltakskjeden hadde fungert.

Rambøll (2012) har innhentet kunnskap og erfaringer seks norske kommuner om deres satsning på rehabilitering i brukerens eget hjem. Kommunene hadde valgt ulike modeller for organisering, og de mest sentrale tjenestene var ergoterapitjenesten, fysioterapitjenesten og hjemmesykepleien. Brukerne som har fått tjenester har ulike diagnoser og det er brukere med gradvis og brått funksjonsfall, primært eldre. Resultatene understreker betydningen av at brukerne er motiverte eller lar seg motivere, og at de har et rehabiliteringspotensiale. De fremhever også betydningen av at brukernes egne mål kartlegges, og at tilbud utvikles i tråd med dette. Det er gjennomført telefonintervjuer med ni brukere, i til sammen fem kommuner. Brukerne var stort sett godt fornøyde med rehabiliteringen i hjemmet. I hjemmet kan treningen tilpasses det brukeren vanligvis gjør, som å lære seg å gå i egen trapp. Noen av brukerne hadde tidligere hatt hjemmesykepleie. Tilbudet de fikk med hjemmerekabilerer bidro til at funksjonsnivået økte, og de utviklet ferdigheter som gjorde at de kunne fungere i hjemmet. Også negative sider ble trukket fram, som at det kunne oppleves som utrygt å bo hjemme, at det kunne være belastende for pårørende, at det var risiko for innleggelse og at det er for få fysio- og ergoterapeuter i kommunen.

Formålet med undersøkelsen (Rambøll 2012) var å innhente kunnskap og erfaringer fra kommuner som har satset på rehabilitering i brukerens hjem/vante miljø, med vekt på 1) organisering og samarbeid, 2) praksis og arbeidsmåter og 3) erfaringer og resultater. Også her understrekes viktigheten av at en slik satsing er forankret på politisk og administrativt nivå i kommunen. En felles oppfatning av rehabilitering er nødvendig, og et tverrfaglig samarbeid er sentralt. I tillegg er det nødvendig med en grundig kartlegging av brukerens egne mål med rehabiliteringen for å kunne legge til rette for et tilbud som var tilpasset. De mest sentrale tjenestene er fysio-, og ergoterapitjenestene og hjemmesykepleien, som også er organisert på ulike måter og tilpasset lokale forhold.

Det er mange måter å organisere arbeid med hverdagsrehabilitering på. Fredericia kommune har prøvd to (Kjellberg, Kjellberg, Ibsen & Christensen 2012). I Stange kommune har de prøvd en tredje måte. Denne delen av rapporten skal se særlig på hvilke erfaringer brukere har med StART som modell for rehabilitering i kommunen.

3 Metode

Evalueringen er gjennomført av to ansatte ved Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST). Det har vært gjennomført ett forberedende møte i Stange, i tillegg til tilsammen 8 dager med intervjuer og fokusdiskusjon. Forberedelser og samarbeid ellers har foregått pr. telefon og epost.

Kvalitative intervju

Det ble gjennomført evaluering av brukernes erfaringer underveis i prosjektet, gjennom bruk av KOR (Klient- og resultatstyrt praksis), som gir kvalitative data fra en samtalevurdering. Denne er beskrevet i del I av rapporten. I tillegg er det gjennomført kvalitative intervjuer med brukere som har vært del av prosjektet. Kvalitative intervjuer er ansikt-til-ansikt-intervjuer. Formålet er å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon eller hvilke perspektiver de har på temaer en undersøker (Thagaard 2010). Her ble det gjennomført delvis strukturerte intervjuer. Det er laget en intervjuguide, som ble brukt ved alle intervjuene. Intervjuguiden er laget med utgangspunkt i prosjektbeskrivelsen og i samtaler om prosjektet med de ansatte. Temaene omhandlet generelle spørsmål, spørsmål om bakgrunnen for tilbudet om rehabilitering, om rehabiliteringsprosessen, målsetting, medvirkning og deltakelse i dag.

Thagaard (2010) mener at forskeren på forhånd må sette seg godt inn i informantens situasjon for at intervjuet skal bli vellykket. Dette var ikke tilfelle i disse intervjuene. Vi som gjennomførte intervjuene hadde svært lite kunnskap om informanten før intervjuet. Vi visste at vedkommende hadde deltatt i prosjektet, og noen ganger var vi informert om spesielle forhold ved situasjonen, som at ektefellen også bodde hjemme og hadde demens, at informanten selv hadde hukommelsesvansker, var skeptisk til å la seg intervjuer eller hadde vansker med å uttrykke seg. Dette førte til at vi var åpne for det som måtte komme, og samtidig måtte ta uventede situasjoner om de oppstod. Dette ble ikke opplevd som problematisk, og det er usikkert om intervjuet ville blitt bedre om vi hadde hatt mer informasjon om den enkelte informant.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av ca. en time, hjemme hos informanten eller på Lille Kjonerud. Det å snakke med informanten i dennes hjem gir ytterligere informasjon i tillegg til det den enkelte forteller. Det er mulig å observere avstander fra postkasse til inngangsdør, bakker en må forsere for å komme fra garasje til huset og avstander til butikken. I tillegg forteller det om tilgjengelighet inne i huset og om interesser til den enkelte, som hagearbeid og håndarbeid, eller om treningsutstyr og trapper.

Vi hadde diktafon med under intervjuet, og flere av samtalene ble tatt opp. Det var ikke planlagt at vi skulle transkribere intervjuene, men begrunnelsen for opptak var at vi kunne lytte til det om vi ikke fikk med det sentrale ved å gjøre notater. Informanten ble spurt om det var greit at vi gjorde opptak, i tillegg til å ta notater underveis i intervjuet. Intervjuene ble skrevet ut så raskt som mulig, enten samme eller påfølgende dag. Erfaringen var at vi fikk med den mest sentrale informasjonen og også sitater fra den enkelte. Sitatene er en styrke ved intervjuene, fordi de understreker betydningsfulle situasjoner eller utsagn som informanten formidlet.

Det er gjennomført intervjuer med 18 av 22 brukere som var del av prosjektet. Informantene fikk skriftlig informasjon om intervjuet, og det ble innhentet skriftlig samtykke fra de som deltok. Informantene ble rekruttert av prosjektleder, som kjente alle deltakerne. De var også informert om at tilbudet de hadde fått var et prosjekt som skulle evalueres. I rapporten har informantene fått fiktive navn. Prosjektet er meldt til NSD, som har gitt tilråding til gjennomføring (19.07.2012).

Informantene bodde hjemme, i bo- og omsorgsbolig, eller på rehabiliteringsavdeling på Stange helse- og omsorgssenter.

Intervjuene er lest flere ganger, og sentrale meninger er trukket ut og gruppert i temaer. Fem temaer er funnet og beskrevet. Dette er: 1) Individuelle rehabiliteringsmål, 2) «Alle aktivitetene har vært det viktige» 3) «Å treffe andre», 4) Medvirkning - forhold til de ansatte, 5) «Å komme i gang igjen» - Betydningen av rehabilitering. I neste kapittel vil de fem temaene bli presentert, med en kort oppsummering etter hver av dem.

Fokusdiskusjon

I fokusgrupper er kommunikasjon mellom deltakerne det sentrale, og metoden er aktuell når en skal belyse hva- og hvorfor- spørsmål, med ønske om en utdyping, og ikke en generalisering (Brandt 1996; Morgan & Kreuger 1993). Her var hensikten å få kunnskap om de erfaringer samarbeidspartnere har gjort fra StART-prosjektet. Planlagte temaer handlet om generelle erfaringer fra prosjektet, om samarbeid, om prosjektets samlede betydning og om brukermedvirkning.

Det var avsatt to timer til fokusdiskusjonen. Den foregikk som en diskusjon mellom deltakerne, der alle fikk komme til orde, og hvor refleksjoner og erfaringer ble formidlet like mye til deltakerne som til forskerne. Deltakerne hadde samarbeidet med ansatte i prosjektet i ulik grad, men alle hadde erfaringer de formidlet og refleksjoner om hvordan de kan samarbeide i fremtiden.

Deltakerne i diskusjonen representerte et av regionens sykehus, et rehabiliteringssenter, et tilbud om Raskere tilbake, et av kommunens distrikt, en leder fra Virksomhet for helse og rehabilitering i Stange kommune og en representant fra andre rehabiliteringstilbud. Sistnevnte har de siste månedene også vært tilknyttet StART. Informantene hadde fått informasjon om fokusdiskusjonen muntlig fra prosjektleder og skriftlig fra forskerne. Alle samtykket til deltakelse.

Fokusdiskusjonen ble ledet av en av forskerne, mens den andre laget notater og hadde oppsummering til slutt. Diskusjonen ble også tatt opp på bånd.

I analysen ble referat fra diskusjonen lest flere ganger og tilføyelser ble gjort ved å lytte til opptaket. En sammenfatning av sentrale temaer som var diskutert, resulterte i fire temaer med benevnelsen: 1) «Det fungerer», 2) Tverrfaglighet 3) Kompetanse og 4) Ledelse og henvisningsrutiner.

Fokusdiskusjonen gir kunnskap om erfaringer som en liten gruppe mennesker sitter med fra samarbeidet med StART. De har samarbeidet på ulike måter, men alle har noen erfaringer, synspunkter og tanker rundt det de har erfart. Nettopp det at de representerer ulike arbeidsplasser gjør at det er mulig å danne seg et ytterligere tydelig bilde av StART-prosjektet.

4 Brukernes erfaringer fra StART-prosjektet

Oppsummeringen av brukernes erfaringer fra rehabiliteringsprosessen vil bli presentert som temaer med benevnelsen: 1) Individuelle rehabiliteringsmål, 2) «Alle aktivitetene har vært det viktige» 3) «Å treffe andre», 4) Medvirkning - forhold til de ansatte, 5) «Å komme i gang igjen» - Betydningen av rehabilitering.

Individuelle rehabiliteringsmål

Spørsmål om mål for rehabiliteringen var et av temaene under intervjuet. Bredland, Linge og Vik (2011) sier at: «Å ha felles mål handler om å diskutere seg fram til enighet om hvor man skal og hva man skal prioritere. Det er en forutsetning for å kunne samordne de ulike tiltakene til en helhet» (s.89). Målprosessen som er beskrevet i del I, ledet fram til mål som det ble jobbet med i rehabiliteringsprosessen. Informantene var i ulik grad i stand til å formidle målene sine i intervjuene, men en overveiende del av dem refererte til dem og snakket om betydningen av dem. Andre husket dem ikke, men kunne stort sett si noe om hva de hadde ønsket da de startet rehabiliteringen.

En informant som har fått navnet Hanne strålte da hun fortalte om målene sine. Hennes mål var at hun:

- *Skulle kunne handle alene*
- *Være på hytta*
- *Gå i syklubben*
- *Passe barnebarna*
- *Gå daglige tur i skogen*
- *Hjelpe til litt i butikken hvor jeg har vært i mange år*

Etter alvorlig sykdom og tre måneder på sykehus, startet hun rehabiliteringen ved sykehjemmet i kommunen. Hun var svak, kunne ikke stå alene, falt mye og var redd. Etter en periode på rehabiliteringssenter reiste hun hjem, og rehabiliteringen fortsatte både i hjemmet og ved Lille Kjonerud. Ergo- og fysioterapeut kom hjem til henne minst to ganger i uken den første tiden. De gikk turer og gjorde husarbeid. Hun fortalte at alle mål ble nådd, og at hun følte seg fri den dagen hun kunne kjøre bilen selv for å handle på butikken. Hun passet ofte barnebarna, og ga uttrykk for at de var noe av det mest sentrale i livet nå. Hun kom seg ikke til hytta ved egen hjelp i begynnelsen, mens dette gikk bra etter hvert. De første gangene hun møtte syklubben måtte mannen være med henne fordi hun trengte hjelp på toalettet. De daglige turene i skogen hadde hun tatt opp igjen, noe hun satte stor pris på. Målet om å kunne være litt i butikken var også nådd. Her kunne hun ordne både praktiske ting og selge varer. Ansatte i butikken hadde vært en viktig støtte da hun var syk. Nå fikk hun tilbakemeldinger om at hun var til god hjelp, og kunder ga uttrykk for at de var glade for å se at hun var frisk.

Også Knut var tydelig på hvilke mål han hadde hatt for rehabiliteringen. Han var alvorlig syk to år tidligere og hadde hatt store problemer med å trene seg opp igjen. Han fikk tilbud om å delta i StART

og hadde takket ja, selv om han var redd for at det var et tilbud som var ment for eldre. Selv var han ikke fylt 70 år. Da han startet rehabiliteringen beskrev han dagene som mørke, *det var som å vasse i ei myr, og jeg så ikke enden av myra*. Han fortalte at målsettingene var laget sammen med terapeutene, og han beskrev dem slik:

- *Å ha lyst til å være i aktivitet*
- *Å kunne gå på jakt (langsiktig mål)*

Han beskrev mestring som et stikkord på rehabiliteringen, *vi skal mestre hverdagen*. Det første delmålet hadde vært å kunne gå opp en slak bakke utenfor treningslokalet på Lille Kjonerud. I starten ble han kvalm da han så bakken, og etter en stund «*nesten løp*» han opp. Om han ikke skulle klare å gå på jakt, så håpet han at han skulle kunne gå ute i naturen. Han hadde gått noen turer på tidspunktet for intervjuet, hadde kjøpt et nytt fotografiapparat, og jaktet nå på gode motiver. I tillegg hadde han oppsøkt slekt han ikke har sett på lenge, var mer aktiv på ulike måter, tok initiativ og opplevde seg selv som mer sosial enn tidligere.

Elin var født på 1950-tallet. Hennes mål var:

- *Å komme meg på hytta igjen*
- *Å gjøre husarbeid som før; kunne bake og lage mat*

Denne kvinnen (født 1954) hadde fått et hjerneslag i begynnelsen av 2012, og hun hadde andre helseplager i tillegg. Hun ble sendt hjem fra sykehuset med beskjed om at hun skulle trene som før (som hun gjorde på grunn av de andre helseplagene). Etter en tid ble det opphold på rehabiliteringsavdeling og deretter deltakelse i StART. Ergo- og fysioterapeut trente med henne hjemme og på Lille Kjonerud to dager i uken i åtte måneder, med fire ukers avbrekk. Nå fortsatte hun trening med fysioterapeut. Da vi snakket sammen hadde hun vært på hytta. Hun hadde fått med seg en toalettforhøyer til utedoen, og det hadde gått fint. Hun kunne bake, hun laget en del mat, som var klar når mannen kom fra jobb, og hun tørket støv. Hun hadde fortsatt vansker med trapper, men akte seg opp og ned på baken. Ved bruk av scooter kunne hun handle på egen hånd. På tross av vanskene med trapp besøkte hun jevnlig en eldre kjenning, som hadde en høy trapp ved inngangsdøra.

Anna fortalte at «*Det ble satt opp mål som jeg skulle prøve å nå.*» Denne kvinnen skulle blant annet dekke bord og pynte inne. Hun var glad i å skrive, så det var også et mål. I tillegg var det å luke i hagen et mål. Det siste hadde hun ikke nådd fordi hun fortsatt måtte bruke en krykke, og det var vanskelig å bevege seg ute i hagen. Hun hadde alltid vært glad i hagearbeid, og syntes det var vanskelig at hagen ikke var like fin som tidligere.

Andre husket ikke målene sine like godt. Håkon, som hadde brukket lårhalsen, fortalte at han ikke husket om de hadde diskutert målene hans. Men han husket at de hadde snakket om at han skulle få nok trening til å kunne fortsette selv. Han hadde også tenkt at han skulle klare det som var tungt på eiendommen, og det var dette han jobbet mot. Hjemme hadde han blant annet noe støpejern han ville bli kvitt. Det skulle til gjenvinning, men det var for tungt for ham å flytte. Han hadde prøvd å kutte det med forskjellig type utstyr, hadde klart det ved hjelp av vinkelsliper, og hadde fått kjørt bort alt. Kun på taket hadde han meldt pass. Noe skulle vært gjort der også, men hadde kommet fram til at han ikke skulle gjøre det.

Denne informanten sa at han ikke husket målene sine, men han visste hva han ønsket å jobbe med i treningen. Andre husket ikke at mål var blitt diskutert, men kunne fortelle om hva de hadde gjort sammen med terapeutene.

Turid hadde ekspressiv afasi og hadde vansker med å si noe om målene sine. Dette kan henge sammen med at kommunikasjonen hadde vært vanskelig i målprosessen, eller at hun ikke husket. Ektefellen fortalte derimot at de var blitt «pålagt» å gå turer. Før hun fikk slag hadde de gått en time hver dag. Nå gikk de ikke like langt, men de var ute og gikk daglig. I begynnelsen brukte hun gåstol, først inne og så ute, og de gikk rundt huset. Nå gikk de lengre, og var fornøyd med det, blant annet fordi det var godt å komme seg ut.

Noen av informantene trakk fram at det hadde vært godt å kunne snakke om målene. Det var godt å snakke med andre om hvorfor en ønsket seg ting, at en ville komme i vanlig gjenge og klare seg selv. En av informantene fortalte at de hadde snakket om dette da terapeutene var hjemme hos ham og ektefellen, og det var tema når de gikk turer. Han opplevde at dette var bra for ham.

Oppsummering

De fleste informantene kunne fortelle om målene sine, og om i hvilken grad de hadde nådd dem. Noen kunne også vise oss at de var nedskrevet. Det kan være mange grunner til at noen ikke husket sine mål, som for eksempel at det var en stund siden de hadde avsluttet rehabiliteringen og ikke hadde tenkt på dem på en stund, eller at de var opptatt av andre forhold i hverdagen nå. Noen hadde kognitive vansker og noen hukommelsesvansker. Det sentrale som kom fram i samtalene om målene er at brukerne har vært involvert i utarbeidelsen av dem. Målene var konkrete og fortalte om hva den enkelte ønsket å kunne gjøre, om aktiviteter han eller hun ønsket å kunne delta i. De hadde et eierforhold til målene, og mange var stolte når de snakket om hva de hadde oppnådd i rehabiliteringen.

«Alle aktivitetene har vært det viktige»

Informantene fortalte om tilbudet om dagrehabilitering på Lille Kjonerud i kombinasjon med trening hjemme, hvor ergo- eller fysioterapeut eller begge kom hjem og trente med dem i en periode. Noen har hatt korte rehabiliteringsopplegg på noen uker, før de kunne trene på et institutt eller på egen hånd, mens andre deltok over måneder. Alle har hatt individuelle opplegg. De fortalte at de på Lille Kjonerud fikk et eget program hver gang. Noe av treningen skjedde i gruppe, mens annet ble gjort individuelt. I tillegg var det felles lunsj. Programmet var utformet i tråd med deres individuell mål. Det samme skjedde når terapeutene kom hjem til dem. De avtalte hva de skulle jobbe med hver gang, med utgangspunkt i mål og hva den enkelte ønsket.

Håkon hadde postkassen noen hundre meter fra boligen, opp en slak bakke. Han fortalte at fysioterapeuten hadde vært hjemme hos ham tre ganger, og at de hver gang gikk til blant annet postkassen. I starten brukte han gåstol. Dette var fint, fortalte han. Han hadde selv tenkt på å gjøre det, men hadde ikke gjort det. Nå gikk han lange daglige turer igjen, ikke så lange som før (45 minutter hver morgen), men han gikk daglig. Gåstolen hadde vært bra å ha da han kom hjem fra sykehuset. Det var på høsten, han trengte å rake løv og stelle før vinteren, noe han derfor var i stand

til. Han beskrev seg selv som «*litt handikappet*» da, men at det var godt å ha noe å drive med, han «*hadde godt av det*». Nå kunne han gjøre det meste, men ikke løpe.

Olav var i 70-årene. Han bodde sammen med ektefellen i en bolig på ett plan på en flat tomt. Ektefellen hadde dårlig helse, og selv fikk han slag våren 2012. Ekteparet fortalte at de hadde mye hjelp og støtte bra barn og svigerbarn, som bodde i nærheten. I begynnelsen av rehabiliteringsprosessen kom både ergo- og fysioterapeut hjem til ham. De gikk i butikken sammen, og gikk turer i nabolaget. Etter hvert fant han ut at han kunne sykle. Nå syklet han blant annet til butikken. Han fortalte at korttidsminnet var borte, og at ergoterapeuten trente hukommelse med ham. I begynnelsen kom hun en gang i uka, og etter hvert hver 14.dag. De trente på hukommelse, han løste oppgaver, og han mente det gikk bedre. Når han skulle handle, husket han stort sett alt etter hvert, det vil si to tre varer. Han fikk ikke kjøre bil, og dette var den største utfordringen i hverdagen, «*det er trøblete å ikke kunne kjøre når en har kjørt bil siden 20-årene*». Fortsatt håpet han på å få tilbake sertifikatet. Dette var en av grunnene til at han jobbet mye med oppgavene han fikk av ergoterapeuten.

Gunhild var i 80-årene, og var blitt avhengig av elektrisk rullestol. Det var tungvint å forflytte seg med stolen, og hun kom seg ikke alle plasser hun ønsket. En fysioterapeut hadde vært hjemme hos henne og trent, og det mente hun var bra. Hun fikk god veiledning. Hun hadde vært på dagrehabilitering to ganger, og det hadde vært planlagt tre ganger. Hun fortalte at de ikke gjorde så mye. Hun skulle bake, men hun husker ikke hva, men hadde hatt mel i en bolle. Tida hadde gått med til å prate og drikke kaffe. Hun hadde deltatt på øvelser, men hadde vansker med å bruke armene. Hun sa, «*vi gjorde ingenting der, bare noen øvelser*», og hun beskrev det som stressende å komme seg dit fordi hun måtte ha med utstyr. Nå var hun tre uker på sykehjem og seks uker hjemme for at mannen skulle få avlastning. Han gjorde det meste hjemme, og hun beskrev det som tungvint å gjøre ting i hjemmet.

De fleste informantene fortalte om mange typer aktiviteter de var involvert i, både i trening hjemme og på Lille Kjonerud. De snakket om trening og gymnastikk med fysioterapeuten og om aktiviteter på kjøkkenet med ergoterapeuten. Dagrehabiliteringen på Lille Kjonerud var et fast sted å gå til. En av informantene mente at det var en god balanse mellom å trene i gruppe og individuelt. For ham var det en hovedvekt på individuell trening.

Når de trente i gruppe kunne de utveksle erfaringer, og det var bra, mente Kåre. Han trakk fram det han lærte, gjennom oppfølging av fysioterapeuten og av andre han trente sammen med. Han hadde hatt et slag, og fortalte at han hadde trukket seg tilbake sosialt, men nå var på vei til å gjenoppta sitt sosiale liv. Han visste at han måtte ta den ballen selv, og mente at med trening på dagrehabilitering og øvelsene han hadde gjort hjemme, hadde framgangen kommet raskere enn den ellers ville ha gjort.

Den fysiske treningen innebar at informantene gikk i trapper, gikk turer ute, og var i treningssalen. Trappegange var viktig for flere, fordi det var avgjørende for å kunne bo hjemme. Trappen til kjelleren kan være en utfordring fordi den er bratt eller ikke er like lett å gå i som andre trapper. Mange måtte kunne gå i trappen hjemme for å hente ved eller mat i fryseren. Ved Lille Kjonerud gikk de i gruppe til butikken eller individuelt med en av terapeutene. I butikken handlet de mat til lunsjen, hvor den enkelte hadde ulike oppgaver. De bakte brød, tilberedte lunsj, dekket bord og ryddet etterpå. En av informantene prøvde å skille den fysiske treningen, de daglige aktivitetene og det sosiale aspektet ved deltakelsen i dagrehabiliteringen, men klarte det ikke. I stedet sa han at «*alle*

aktivitetene har vært det viktige». Han hadde gått turer, trent i trapper, spilt spill, gjort håndtrening, laget mat og vasket kopper. «*Det var fint*», sa han. Ergoterapeuten hadde kommet hjem til ham, og han hadde fått prøve ut middagslaging. Han hadde en periode fått mat på sykehuset og sykehjemmet, og visste ikke om han ville klare å tilberede det selv. Sammen med ergoterapeut tilberedte han potet, gulrot og fisk, og «*det gikk bare fint*». Han syntes det var bra at noen kom hjem til ham og hjalp ham der, og mente at han nok ellers ikke ville ha laget middag; «*da hadde det trolig bare blitt Fjordland*». Selv om det er det han gjør i dag, vet han med seg selv at han kan lage annen mat, og noen ganger gjør han det også.

Gry mente at: «*Man får god hjelp av de som jobber der. De er til å stole på, de var fenomenale*». Og hun la til: «*jeg turte å gjøre ting*». Dette handlet om at hun stolte på de ansatte. Hun begynte å gå i trapper på dagtilbudet, og hadde et trappemål på fem trinn. Det måtte hun klare for å komme seg inn i huset til en av døtrene. Deretter måtte hun klare 14 trinn for å kunne bruke toalettet hos den samme datteren. Hun fortalte at hun sist helg hadde vært på toalettet hos datteren tre ganger. Trappetreningen hadde vært en stor utfordring, og i starten var hun svært usikker, selv om fysioterapeuten var fast bestemt på at hun skulle prøve. Hun opplevde at de hadde tro på at hun skulle få det til. Selv var hun deprimert og hadde gitt opp. De fortalte at det gikk fremover og hun kjente at hun ble bedre. Hun beskrev terapeutene som «*blide, positive og hjelpsomme. Jeg så at om jeg ikke greide det, så hjalp de*». Hun skulle prøve ut ulike aktiviteter, som å dekke bord og skjære opp brød til lunsj, og det syntes hun var fint. Det å skjære brød var tungt, hun klarte det nå, mens guleroten fortsatt var for tung å dele.

Noen trakk særlig fram treningen de hadde fått hjemme. Dette handlet både om at de har kunnet jobbe med aktiviteter som de har behov for å kunne gjøre, og fordi de har hatt mulighet til å snakke underveis. Hanne fortalte at hun hadde litt angst, og «*så kom de, vi gjorde ting sammen, og så ble jeg bedre*». Hun forklarte videre at de snakket om aktiviteten på forhånd, for eksempel om å gå i kjellertrapp, og gjorde så aktiviteten sammen. Det kan virke som at det å snakke om det de skulle gjøre først ga en trygghet for at terapeuten visste hvordan en skulle gå fram for å klare det, og at hun hadde tillit til at informanten ville klare det. Ingen har fortalt at de mislyktes i aktivitetene eller at noe gikk galt. Det betyr ikke at det ikke kan ha skjedd, men det var ikke noe som informantene formidlet.

Informantene trakk i liten grad fram enkeltforhold ved rehabiliteringen som de hadde deltatt i. Noen kunne si at treningen i gymsalen var det viktigste, mens de fleste var tydelige på at alt de har gjort har vært viktig for dem. Når en av dem, Bjørnar, fortalte at han holdt på med gymnastikk, frokost, pinnespill og yatzy, eller at de gikk i kjellertrappen og til butikken, er dette uttrykk for den bredden i treningen som tilbudet innebar. I tillegg trakk denne informanten, og majoriteten av dem fram viktigheten av å treffe andre som også trengte rehabilitering.

Selv om Anna hadde hatt dagrehabilitering, var hun særlig opptatt av treningen hun hadde gjort hjemme. Det hadde vært helt nødvendig for henne å ta opp igjen aktivitetene når funksjonene ikke var som før. Hun hadde vært nervøs når hun skulle gjøre ting hjemme, men det hadde fungert bra. Mye var tungvint, men det gikk. Nå gjorde ekteparet daglige gjøremål sammen; hun kunne skrelle og skjære opp mat, og legge sammen og stryke klær, mens han gjorde det andre. Hun valgte å gjøre det hun klarte, som å pynte og sette inn blomster fra hagen.

Bjørnar satte stor pris på tilbudet han fikk på Lille Kjonerud, og han sa: «*Det har mye å si at det er en som står og jager på en*». Han ville gjerne ha deltatt i tilbudet lenger fordi han ønsket mer av den

oppfølgingen han hadde fått. Han mente også at det ikke er så lett å drive med slike ting alene. De ansatte hadde sagt at han var i stand til å trene selv, og han forstod det, og at det var andre som trengte tilbudet.

Positive erfaringer fra rehabiliteringsprosessen medførte for noen at de savnet tilbudet etter at det var avsluttet. Noen mente også at de hadde måttet avslutte for tidlig. Flere fortsatte treningen på fysikalsk institutt eller andre typer tilbud i kommunen, som for eksempel balansegruppe. For noen var dette tilfredsstillende, mens andre hadde ønsket at kontakten med StART ikke var avsluttet. Informant 1 mente at han kunne ha fortsatt lengre på fysikalsk institutt fordi han der fikk den spesifikke treningen han trengte. For ham var det bra å kunne gå et sted hvor han hadde fått instruksjon og kunne trene med apparater, noe som ikke var mulig for ham å gjøre hjemme, selv om han var fysisk aktiv også der.

Oppsummering

Når informantene snakker om alle aktivitetene som har vært viktige, trekker de fram både det som kalles trening, altså fysisk trening i en gymnastikksal eller med apparater, og trening i å gjøre vanlige daglige aktiviteter, som å handle og lage mat. Informantene har hatt ulike utfordringer, og de fleste klarte å se sammenhengen mellom det de trente på, målene de hadde og at de skulle klare seg hjemme i hverdagen. Dette innebærer at det programmet den enkelte får må være tilpasset personen og dennes mål. Derfor vil ikke én type trening passe for alle, det må legges til rette for hver og en. Det å gå i trapp når en er engstelig for å falle, men vet at det er nødvendig, krever at den som skal veilede har kunnskap om hvordan dette kan gjøres med den funksjonssvikten personen har. Det samme er tilfelle for alle aktivitetene brukerne fortalte om at de gjorde. Om den enkelte skal lykkes krever det at utfordringene er tilpasset.

Et par av informantene mente at det de gjorde på Lille Kjonerud ikke var så aktuelt for dem. Når bruker ikke selv er motivert for eller klarer å se hensikten med aktivitetene som gjøres, vil de trolig heller ikke oppleves som aktuelle og meningsfulle. Resultatene fra intervjuene signaliserer at for å få utbytte av trening er det nødvendig å se nettopp sammenhengen mellom det som gjøres og egen hverdag. For noen kan denne sammenhengen bli tydelig etter hvert, men dette trenger ikke å være tilfelle for alle.

«Å treffe andre»

Måten StART-prosjektet er gjennomført på innebærer at brukere har fått tilbud om rehabilitering hjemme, eller som et dagtilbud, eller begge deler. Dette er noe av det som gjør dette tilbudet annerledes enn det som beskrives som hverdagsrehabilitering, hvor tjenesteytere kommer hjem til brukerne og trener i hjemlige omgivelser. Det er derfor interessant å se hva informantene i StART har erfart ved tilbudet om dagrehabilitering. Berit sa det slik: *«Det viktigste med rehabiliteringen var å komme ut blant folk, og de var så snille og trivelige begge to»*. Denne kvinnen trivdes særlig godt på Lille Kjonerud hvor hun både fikk prøve ut aktiviteter i tillegg til at det var *«så koselig»*. Her trakk hun fram både de ansatte og andre brukere. Dette var kjernen i det informantene formidlet om dagrehabiliteringen. De fleste trakk fram betydningen av å gjøre aktiviteter sammen med andre. Jon

hadde hjemmerehabilitering i tillegg til dagrehabilitering 2-3 ganger i uken. Han fortalte om aktiviteter både individuelt og i gruppe, ute og inne. Han syntes det var fint å være i aktivitet sammen med andre fordi de var i samme situasjon, og de ble kjent med hverandre. Bjørnar hadde fått tilbud om dagrehabilitering én gang i uka i en måned, i tillegg til at terapeutene kom hjem til ham for å trene. Han hadde takket ja med én gang fordi han gjerne ville treffe andre. I begynnelsen brukte han rullator, men klarte seg uten denne da rehabiliteringen ble avsluttet. Han hadde ønsket å fortsette treningen ed Lille Kjonerud. Han bodde sammen med ektefelle, som hadde helseplager, noe som hadde ført til at han var redd for framtiden og for at han skulle bli alene. I dag deltok han i en balansegruppe med fysioterapeut én gang i uka et annet sted i kommunen. Dette var også et sosialt tilbud med mulighet for å treffe andre.

Etter at terapeutene sluttet å komme hjem til Gry deltok hun på dagrehabiliteringen to ganger i uka. Hun beskrev det som positivt å trene, og *«det var sosialt også»*. Mannen hennes legger til at *«det hjalp deg veldig»*. Hun og ektemannen hadde barn og barnebarn i nærheten, men ellers lite sosialt nettverk. Hun fortalte at det var de ansatte på StART som fikk henne til å være sammen med folk. Hun ville helst ikke. På grunn av sykdommen hadde hun gått ned mye i vekt, kunne ikke bruke de klærne hun hadde, håret var forandret og hun følte seg uvel, trist og tynn. Hun opplevde at de ansatte kunne ta omkring henne, og hadde tenkt at *«om de gjør det så grøsser de vel»*. Det hadde gått bra, hun følte seg gradvis bedre, og selvfølelsen steg.

Enkelte av informantene hadde vært kun få ganger på dagrehabiliteringen. Gunhild hadde vært der to ganger, mens Klara hadde vært der fire ganger. Hun fortalte at hun hadde takket ja til tilbudet fordi *«jeg ville få igjen kroppen min»*. Hun hadde omfattende helseproblemer, og fortalte at hun nå ikke gjorde noe annet enn å prøve å overleve. Om opplegget sa hun:

«I grunnen gjorde vi lite, men jeg syntes det var hyggelig. De var glade og fornøyde alle sammen, så det syntes jeg var optimistisk. Det var mye å lytte til, og det var ikke dumme ting de sa. Det handlet om hverdagen i sin helhet. Og det å skape stemning og trivelig rundt seg, er en viktig ting i hverdagen. Og de var flinke til det alle sammen».

Da Klara ble spurt om hva hun ville si om hun skulle fortelle om StART til andre, ville hun sagt at det var *et prosjekt hvor en skulle lære seg å jobbe, ikke bare lese i boka, men også gjøre det. Det var veldig lærerikt egentlig*. Hun ville ha anbefalt det til andre. Vi vet ikke om Gunhild ville ha anbefalt deltakelse der til andre. Hun hadde heller ikke gjort så mye. Disse kvinnene hadde satt pris på det sosiale aspektet ved dagtilbudet. Samtidig var dette trolig informanter som hadde helseproblemer som gjorde at de ikke kunne være like aktive, eller var like motiverte for treningen som mange av de andre vi har snakket med. Dette i motsetning til Kåre, som fortalte at han trente både individuelt og i gruppe på dagtilbudet, og at det var en god balanse mellom treningsformene. I gruppetreningen kunne de utveksle tanker og erfaringer, og det mente han var bra for ham. Knut mente at han var blitt sosial av å delta i dagtilbudet, og at det har ført til at han har blitt mer aktiv også ved andre sosiale møtepunkter.

Selv om Hanne var glad for at alle mål var nådd, og at hun igjen kunne delta i aktiviteter hun satte stor pris på, så savnet hun dagrehabiliteringen ved Lille Kjonerud. Her traff hun andre, de holdt på med sine aktiviteter, de gikk for å handle, hadde koselig lunsj, vasket, ryddet, trente i gymsalen, gikk turer og mer. *«Det var et kjempeopplegg»*. For henne hadde det vært ekstra godt å være i en situasjon hvor hun ble fortalt at hun ga håp til andre. Hun ble fortalt at hun kunne oppmuntre andre,

fortelle de som hadde mer omfattende vansker enn henne at sånn hadde hun også hatt det, og «*se hvor bra det går nå*». Også Roar savnet dagrehabiliteringen. Han gledet seg til det hver uke, og mente at det kunne ha vært mer av det. Samtidig forstod han at andre trengte det. Han hadde deltatt én gang i uken i seks måneder.

Også Knut hadde hatt en sosial rolle i gruppen på dagrehabiliteringen. Han likte godt å snakke med folk, og trodde det hadde blitt stille der om ikke han hadde vært der. Han trakk fram gruppetilhørigheten i et slikt opplegg, som han mente var veldig bra. De hadde en tilhørighet samtidig som det var en viss avstand. Det ble ikke så tett som det kan bli om en er på en døgninstitusjon, mente han.

Oppsummering

Erfaringene til disse informantene tilsier at det å treffe andre i et rehabiliteringsforløp er en situasjon som gir noe annet og noe i tillegg til treningen sammen med de ansatte. Her får de mulighet til å reflektere rundt egen situasjon og ikke minst å få bekreftelse på situasjonen. De kan oppmuntre hverandre både gjennom muntlig støtte, og gjennom å vise til hva de strevde med for en tid tilbake. I dette ligger også muligheten til å få råd fra andre om en ønsker det, praktiske råd eller å dele synspunkter om en livssituasjon som innebærer en stor endring. I tillegg ser vi at det også gir mulighet til å bruke egne ressurser, og å få positive tilbakemeldinger på betydningen av det en bidrar med.

Medvirkning

Informantene fikk spørsmål om erfaringer med samarbeid med ansatte, om de opplevde at det var mulig å ta opp spørsmål med dem, om de kunne si fra ved uenighet om opplegget og lignende. De ble også spurt om de hadde hørt om brukermedvirkning, om tanker om det og erfaringer med det.

Informantene hadde meninger om de ansatte og ga uttrykk for det, men de hadde lite tanker om medvirkning. De fleste hadde ikke hørt om det, og når de ble spurt om de hadde medvirket eller hatt innflytelse på opplegget, svarte de fleste at de kunne ha sagt fra om de var uenige, og at det var de ansatte som kan - «*Det er de som vet*».

Samtidig hadde informantene mange synspunkter på måten de ansatte har samarbeidet med dem i rehabiliteringsprosessen. Åge hadde en funksjonsnedsettelse som gjorde at han også tidligere hadde vært i kontakt med ergo- og fysioterapeut. Han understreket at de nå hadde vært et team, ergoterapeut, fysioterapeut og ham selv, og at det hadde vært veldig bra. Tidligere hadde ergoterapeut fortalt ham hva han trengte, mens han i denne prosessen opplevde at ergoterapeuten så hva han hadde behov for, blant annet fordi hun hadde vært hjemme hos ham. De hadde diskutert nytten av ulike tekniske hjelpemidler, og han hadde kunnet si ja eller nei. Han sa også at han hadde hørt om brukermedvirkning, hadde opplevd det i StART, men ikke tidligere. «*Nå har det vært samarbeid, og jeg velger ut fra behov*». Denne informanten opplevde seg hørt. I tillegg til diskusjonen om tekniske hjelpemidler, hadde han deltatt i diskusjonen om målene sine, og han mente at dette hadde vært bra for ham.

Andre kan ikke huske at de har diskutert mål eller medvirkning. Gry fortalte at hun fikk litt øvelser da terapeuten kom hjem til henne, noe hun var glad for. Hun hadde også fått et program hun skulle følge, men det hadde hun ikke gjort. Klara, som syntes at de i grunnen hadde gjort lite på Lille Kjonerud, mente at hun kunne si fra om hun var uenig i opplegget. Når hun var uenig i opplegget hadde hun sagt fra på en humoristisk måte, og slapp å gjøre det hun ikke ville. Linda husket heller ikke at de hadde snakket om målene hennes. Men hun fortalte om den treningen og de samtalene hun har hatt med de ansatte i prosjektet. Hun satte stor pris på at de kom hjem til henne, men hadde ikke takket ja til tilbudet om dagrehabilitering. Hun var engstelig for å treffe mange andre, selv om hun visste at det ikke var noe å være redd for. Det var trygt når fysioterapeuten og sykepleieren kom hjem til henne. Hun var mye alene, så det var godt at det kom noen, og at hun også kunne prate om ting hun var opptatt av.

Også Elin snakket om at det var godt å snakke med de ansatte. «Det var lett å snakke med dem. De svarte på alt. Og så kunne de si: synes du at du fikk godt nok svar? Eller, klarte jeg å svare deg?» De ansatte sjekket ut svaret de hadde gitt, og det syntes hun var flott. Og så la hun til: «De satt der med oss når vi spiste, og hjalp meg egget som var vanskelig for meg. De pratet med oss, var en del av oss». De ansatte fulgte dem til døra når de skulle gå på slutten av dagen, og tok imot ved inngangen om det passet sånn. Når de var ute og gikk tur ventet de på henne. Hun beskrev seg selv som «sinken». De la til rette så hun kunne gå det hun klarte, og fikk bruke rullestol på resten av turen. «Fryktelig greit, aldri et problem å få være med ut». Hennes erfaring var også at hun ble oppfordret til å påvirke rehabiliteringen, og mente at hun var aktivt medvirkende underveis. Det mente Jon også, selv om han sa at han ikke hadde påvirket det som skulle skje. De hadde flere ganger diskutert hva som var viktig for ham, og de ansatte hadde lagt alt til rette, «Det gikk godt å samarbeide med terapeutene».

En av informantene fortalte at han hadde fått et skjema med spørsmål om hvordan han likte seg på Lille Kjonerud. Han mente at det var kjekke damer som jobbet der. Han hadde ingenting å klage over. Kona tilføyde at han skrøt av at han hadde det så godt der. Han husket ikke at de hadde snakket om mål, men at det som var bra var at de var hyggelige å prate med, og at de svarte på spørsmål. Terapeutene hadde også vært hjemme hos ham og kona to ganger for å snakke om hvordan det gikk med ham hjemme. En annen sa at de ansatte var flinke til å motivere ham, at *«det handlet om hele deg, og de var flinke til å løfte hele meg»*. Han hadde vært gjennom omfattende rehabilitering andre steder tidligere, og dette var det motsatte av det han hadde opplevd før. Tidligere hadde han opplevd at terapeutene holdt foredrag, *«De snakket om ting og laget ikke et individuelt opplegg!»* Han mente at han hadde påvirket egen rehabilitering. De hadde diskutert opplegget underveis, og det hadde vært mye oppfølging fra de ansatte. Det hadde vært mye samtaler og en del gjentakelser. I ettertid så han at det hadde vært nødvendig for at de skulle vite hva han ønsket. Han hadde selv vært i en prosess, og det de hadde snakket om handlet om hvordan han hadde det. Han opplevde at han var blitt sett, og at andre mente det samme. Han hadde ønsket å få mest mulig ut av det.

«Blir jo litt mer vis på meg selv også. Når en får spørsmålene er det jo en selv som er ekspert på en selv. Man må prøve å bli skipper på egen skute. Det er en bevisstgjøring».

Han mente også at det var veldig bra at det var tverrfaglig, fordi de ulike gruppene så forskjellige ting.

Bjørnar hadde ikke hørt om medvirkning, men han var opptatt av å snakke om det som var bra på Lille Kjonerud, og han sa:

«Du ble hørt. Om du sa noe så hørte de på. Du ble sett og fikk følelsen av det. Det har så mye å si. De ser meg, ser at jeg lager frokost, trener med pinnene. De har sett en! Det var måten de oppførte seg på. Når vi sa noe så ble det stille. De lyttet til det vi sa. Det var kjett den siste dagen jeg var der!»

Denne informanten hadde fulgt programmet han fikk, og syntes at det var bra. Samtidig hadde han ønsket noe mer tid på gymrommet. Han tilføyde at han ikke visste at han kunne ha bedt om å få være med å bestemme.

Knut mente at medvirkning er viktig, og at man ikke får til noe om man ikke er motivert. Han hadde vært skeptisk i begynnelsen fordi han trodde at han bare skulle møte veldig gamle folk, men erfarte at han var sammen med en bra gruppe på dagtilrehabiliteringen. Samtidig som vi snakket om medvirkning ville han legge til at både pisk og gulrot var det som hadde gjort rehabiliteringsopplegget så bra, «*De presser på en positiv måte, og du får tilbakemelding*». I tillegg hadde de tatt på alvor at dette ikke handlet om bare ham. De hadde også møtt ektefellen hans, og hun hadde kunnet formidle sine tanker om situasjonen slik hun erfarte den hjemme. Han understreket at det var tøft for henne også, og at hun hadde sett at situasjonen hadde bedret seg i positiv retning.

På spørsmål om medvirkning sa Hanne at «*Det var helt topp*». Det hadde handlet om hva hun trengte å trene på.

Roar var usikker på om han bestemte særlig mye selv, men han hadde hatt mange valgmuligheter med hensyn til hva han skulle gjøre på trening. Han mente at de hadde bedre greie på ting enn ham. De hadde vært flinke til å følge ham opp, flinkere enn andre steder han hadde vært til rehabilitering. Også Håkon hadde tenkt at det var de ansatte som kan rehabilitering, og at han ikke skulle blande seg i det. Han hadde ikke tenkt på medvirkning, men opplevde samarbeidet med fagpersonene som greit. Han hadde fått forklaring på hva som skjedde da han brøt lårhalsen, og han hadde forstått det. Og så hadde han fått en god innføring i treningen, slik at han visste hvordan han kunne trene hjemme.

På spørsmål om medvirkning sier Anna at hun har fått bestemme, og at det har vært bra. Hun beskrev de ansatte som «*fenomenale*», og at de hadde tatt seg tid når de hadde forstått at det hadde vært nødvendig.

Oppsummering

På tross av at medvirkning har vært snakket om i tiår, så er ikke dette en selvfølge blant de som har behov for rehabiliteringstjenester. Forventningene til mange er fortsatt at det er fagpersonene som «vet best», og at de skal følge deres råd. Noe av dette kan ha sammenheng med alder, og noe med erfaring. Noen kan fortelle at det har vært medvirkning i StART, men ikke ved rehabiliteringsopplegg tidligere. Noen av brukerne i dette prosjektet har ikke tidligere erfaring med rehabilitering, men kanskje med annen kontakt med helsevesenet, hvor medvirkning ikke praktiseres i samme grad som her. Medvirkning er trolig også noe som må læres, og som helsearbeidere må praktisere på en tilpasset måte.

I dette prosjektet har medvirkning vært sentralt, og vises særlig i samtalene om mål for rehabiliteringen. Når brukerne mener at de ansatte vet best, henviser de til planlegging av hva de skal gjøre på dagrehabilitering eller hjemme. I disse situasjonene diskuterer de ansatte med bruker, men måten aktiviteten gjennomføres på, legges til rette på og instrueres, i er det fagpersonen som

har kunnskap om og kan veilede i. I denne delen av rehabiliteringsprosessen kan en si at det er de som vet best. Men det er fortsatt brukerne som vet hva de vil oppnå i prosessen og derfor må være delaktige i beskrivelsen av egne mål.

«Å komme i gang igjen» - Betydningen av rehabilitering

StART-prosjektet har vært virksomt i ett år, og 20 personer med funksjonssvikt har vært deltakende. Dette er personer som har ulik bakgrunn og ulike vansker. De har ulik alder og ulike livssituasjoner, lengre eller kortere forløp innenfor helsesektoren, og dermed også ulike erfaringer fra rehabilitering og som tjenestemottakere.

En av informantene var 64 år. Han fortalte at han var på vei ut av rehabilitering på intervjuetidspunktet. Nå var han forberedt på å kunne gjøre nye aktiviteter fordi han var i bedre form, han ville være mer sosial og reise litt. Han var samtidig tydelig på at om han ikke hadde vært del av StART hadde han trengt lengre tid å bli så bra som han var nå. Han mente også at det ikke hadde vært mulig for ham å delta på vanlig trening (fysikalsk institutt) og fått øvelser han skulle gjøre hjemme. Noe av det som hadde vært viktig ved StART var at han hadde blitt fulgt opp de to gangene i uken han var på dagrehabilitering.

Flere sa at StART hadde vært viktig «for å komme i gang igjen». Elin sa:

«Tror ikke jeg hadde vært der jeg er i dag om det ikke hadde vært for det opplegget. Da hadde jeg blitt sittende. De får oss ut og de får oss til å gjøre forskjellig». Hun tilføyde at det også går greiere om en er positiv selv. *«Man må se framover mot det neste målet, og så det neste målet».*

Hun hadde funnet ut at man ikke kunne være sint om man ikke klarte det man ville, og at man måtte finne på noe om humøret var dårlig, for eksempel ta en telefon. Nå laget hun middag til mannen kom fra jobb, hun kunne bake og tørke støv, ta seg av barnebarn som kom innom etter skoletid, og besøke kjente som selv hadde vansker med å komme ut.

Flere av informantene har vært tydelige på den betydning det har hatt at fagpersonene både har kunnet komme hjem til dem for å trene og at de har hatt et tilbud om dagrehabilitering. Dette har medført en veksling som har vært tilpasset den enkeltes behov til enhver tid. Dette har også gjort det mulig å formidle ulike sider ved situasjonen sin til fagpersonene, enten dette hadde sammenheng med å tydeliggjøre mål, eller å kunne snakke også med ektefellen. Flere har snakket om viktigheten av å kunne være aktive i diskusjon om egne mål, og å kunne snakke om dem flere ganger. Enkelte trakk også fram betydningen av at fagpersonene jobbet sammen i et team, sammen med bruker.

Andre trakk fram forhold som at rehabiliteringen bygget på den enkeltes ressurser, og at de hadde fått mulighet til både å trene i gymsal og å gjøre daglige aktiviteter, som å lage middag og gå tur.

Berit hadde hatt et slag, hadde hjemmetjenester og mye hjelpemidler før hun fikk rehabiliteringstilbud. Nå hadde hun levert tilbake de fleste hjelpemidlene, men brukte fortsatt rullator, hadde trygghetsalarm og fikk hjelp av hjemmetjenesten til strømpene morgen og kveld. Hun hadde hjelp til å vaske leiligheten hver 14.dag, og hjemmehjelpen skiftet på sengen, selv om hun egentlig kunne gjøre det selv. Det å prøve ut aktiviteter skaper trygghet, og gjør at det trolig er lettere å prøve seg på andre gjøremål også. Denne kvinnen hadde blant annet hatt som mål «å føle

seg trygg, kunne handle på egen hånd, og å være slik som før». I dag trivdes hun i omsorgsboligen, og kunne gjøre det meste av det hun ønsket. Flere hadde hatt hjelp fra hjemmesykepleien til dusj/bad, og påkledning. En sier at «Hjemmesykepleien hjalp litt for mye, synes jeg». Her hadde en av terapeutene satt en lapp på veggen som fortalte hva hun skulle gjøre selv, og de hadde måttet stå og se på. De ansatte i StART var opptatt av at brukerne skulle gjøre øvelser og aktiviteter selv. De var blitt stimulert til dette gjennom at noen stod og «jaget» på dem, eller de fikk prøve med støtte første gang og deretter mindre hjelp. Informantene trakk i flere sammenhenger fram at det var bra at de måtte gjøre aktivitetene, enten dette gjaldt å gå i trapp eller skjære brød. De fikk prøve noe som hadde sammenheng med målene de hadde beskrevet. En av dem, Jon, trakk fram dagrehabiliteringen og dets betydning fordi

«... det hadde med hverdagen å gjøre. Jeg kom meg i aktivitet. Det ville ha vært problematisk om jeg ikke hadde vært her. Her var det det hverdagslige og det sosiale».

Jon trakk også fram betydningen av at de ansatte hadde kommet hjem til ham, i tillegg til dagtilbudet. Nå visste han at han kunne lage middag, han gikk trappen til kjelleren hvor han fortsatt hadde dusj og toalett, og han hentet ved i en pose flere ganger om dagen. Dagtilbudet førte til at «*jeg kom meg i aktivitet*». Nå hadde han planer for oppgradering av både hus og hage etter at han hadde fått laget bad i første etasje. Han var svært motivert for å trene videre etter avsluttet rehabilitering.

En av informantene som er under 60 år så fram til at han skulle på arbeidsevnevurdering. I dag kunne han gjøre mange ting han ikke kunne da han startet rehabiliteringen. Han kunne kjøre bil, og reise seg fra toalettet uten støtte. Han hadde vært svært redusert fysisk da han kom, og var bedre nå. Balansen var bedre og han hadde vært i Syden og bodd på hotell med rom i 5. etg. uten heis. Barrierer var brutt og mål nådd. Det hadde vært tungt, men nå hadde han snart samme fysiske form som kona, og han var motivert til å trene videre for å holde formen ved like. Nå ønsket han å komme seg videre og blant annet få avklart jobbsituasjonen sin. Om han ikke kunne jobbe, ville han satse på frivillighet. Det viktigste for ham var å kunne bruke seg selv.

Hanne framhevet all treningen hun hadde hatt sammen med de ansatte hjemme, og mente at det hadde betydd mye. De hadde blant annet trent på å luke i hagen fordi hun hadde ønsket det. Dette var fortsatt vanskelig fordi hun strevde med å komme seg ned på kne, men hun visste hvordan hun kunne gjøre det. Hun understreket at rehabiliteringen hadde betydd mye. I dag kunne hun gjøre det hun ønsket, og hun syntes hun klarte seg bra også om hun ikke skulle bli bedre enn hun var nå. Hun hadde nådd målene sine og trente nå med en fysioterapeut på et institutt.

Ektefellen til Anna sa at «*prosjektet kom som bestilt for oss*», og de lurte på om det finnes lignende tilbud andre steder. Samtidig mente de at de kunne ha fått litt mer informasjon i starten. De visste hva fysioterapeuten skulle jobbe med, men ikke ergoterapeuten. Det kunne ha vært fint å få en samlet informasjon om tilbudet i en folder.

Roar roste den oppfølging han hadde fått. Han understreket viktigheten av kommunikasjon og det å få valgmuligheter i prosessen. Han trakk også fram betydningen av å få ros. Nå gjorde han mye av det han hadde gjort før, og hadde et ønske om å få oppleve en fisketur igjen, helst i en elv, «*Bare det å få gjort en tur*». Samtidig ønsket han flere timer «*hos damene på Kjonerud*». Og Roar sa om dagrehabiliteringen at «*Det viktigste var at vi fikk komme sammen*».

Oppsummering

StART-prosjektet har hatt ulik betydning for informantene, som er ulike personer, har ulike funksjonsnedsettelse, ulike forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg rehabiliteringstilbudet, og ulike ønsker for livene sine. På spørsmål om grad av deltakelse i dag og betydning av tilbudet, svarer de at StART har vært viktig på den måten at de har kommet i gang med trening, fått den støtte og veiledning da har trengt i å gjøre viktige aktiviteter, og at de nå er i stand til å trene videre på egen hånd eller med mindre støtte. Rehabiliteringstilbudet hjemme og på Lille Kjonerud har vært det som har gjort at de har kommet seg raskt og godt, og nådd målene de hadde satt. Noen kan si at de føler seg løftet, og at dette handlet om «*hele personen*». Dette kan forstås som at tilbudet de har fått ikke har handlet om enkeltfunksjoner, som å trene arm eller en fot, men har involvert hverdagslivet til den enkelte, inkludert ektefelle. Brått funksjonsfall har innvirkning også på nærpersoner, og dette har de ansatte tatt hensyn til. Den enkelte opplevde seg hørt og sett, og kunne formidle at det var positivt. Når noen sier at de hadde blitt sittende eller at det hadde tatt mye lengre tid om de ikke hadde hatt StART, så forteller dette om den omfattende betydning prosjektet har hatt for deltakerne.

5 Samarbeidspartneres erfaringer med StART

Denne delen av rapporten skal omhandle erfaringer og synspunkter som kom fram i fokusdiskusjonen. I denne delen brukes begrepene pasient og bruker om hverandre. Personer i behandling på sykehus benevnes pasienter, mens personer som mottar tjenester på kommunalt nivå benevnes brukere.

«Det fungerer»

Fagpersoner som jobber på sykehus, i spesialisthelsetjenesten, skal i mange situasjoner henvise pasienter til kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra dette var noe av det første som kom opp i fokusdiskusjonen. En ansatt i spesialisthelsetjenesten kjente selv til to brukere som hadde hatt tilbud i StART-prosjektet. Hun visste hva Stange kommune hadde av tilbud, men ikke like mye om hva andre kommuner kunne tilby. Hun beskrev det som trygt å vite at det var et team som jobbet rundt brukeren i Stange. Hun hadde også erfart at ansatte i StART fulgte brukere inn på rehabiliteringsinstitusjonen hvor hun jobbet. Her hadde de diskutert hvilke mål de skulle jobbe med i institusjonen, og hvilke som skulle prioriteres når bruker kom hjem.

Når pasienter blir sendt fra sykehuset er det ikke samme type samarbeid. Derfra er erfaringen at man blir møtt på en positiv måte når man kontakter StART. Deltaker fra sykehuset visste lite om hvordan de jobbet i prosjektet, men visste at *de tar seg av «hele biten»*. Bruker ble ikke bare henvist til et fysikalsk institutt. Disse deltakerne opplevde at det var trygt å sende pasienter til Stange og StART. Her ble det gjort hjemmebesøk dagen etter at pasienten hadde reist hjem, og dette ga trygghet også for de som sender pasienter fra seg.

I hjemmetjenesten visste de heller ikke så mye om hva de gjorde i StART, men de så og hørte hva brukere sa før og etter deltakelse i prosjektet. Ett eksempel var en bruker som hadde vært helt pleietrengende, men nå klarte seg selv, kun med hjelp til dusj én gang i uken. I tråd med Samhandlingsreformen erfarte hjemmetjenesten at flere ble sendt tidligere hjem fra sykehus, og at mange ble sittende og fikk lite hjelp. Derfor var tilbudet fra StART så viktig. *«De får hjelp til å trene seg opp til ting som betyr noe, til daglige ting»*. De ansatte så at selvfølelsen til brukerne steg, at de klarte mer enn de trodde de ville klare, og at bedringen skjedde raskere. En annen deltaker mente at mål inspirerer brukere til å gjøre mer, til å tørre. Brukerne opplevde å være del av et system, og dette kan inspirere, sa én av dem.

I diskusjonen ble det understreket betydningen av at det var mulig å henvise en pasient fra spesialisthelsetjenesten til én adresse. De var opptatt av at selv om folk hadde små utfall var det viktig at de ble ivaretatt. Man kan tro at folk klarer seg selv, men mange strever. Det å ha en motivator, et team, betyr mye.

Erfaringen med StART var at *«det fungerer»*. En bruker som etter et lite slag, lårhalsbrudd og infeksjon trengte hjelp til det meste, som morgenstell, toalettbesøk og alt i personlig pleie, viste stor framgang i prosjektet. Hjemmetjenesten beskrev det som *«så artig å se»!* Denne brukeren hadde vært mest på dagrehabiliteringen. En annen hadde hatt de ansatte i StART hjemme hos seg. De hadde vært med

henne på morgenstell og gitt henne råd om hvordan hun kunne gjøre aktivitetene selv. Hjemmetjenesten hadde ikke sett hva de hadde gjort hjemme hos bruker, men de så at det fungerte.

En av deltakerne hadde flere erfaringer knyttet til betydningen av at folk kommer sammen, at man får høre at andre strever med det samme som en selv. Man reiser hjemmefra, er på et sted og trener, og kommer hjem og kan fortelle om hva en har gjort og mestret. Denne deltakeren hadde erfart både i StART og i andre situasjoner at dette hadde vært bra for mange. Bruker får prøve ut og trene på det de skal gjøre hjemme, og de får prøve seg fram sammen med andre.

Andre understreket viktigheten av å ha mulighet for å trene både hjemme og et annet sted. Det kan være nødvendig å trene i eget hjem, men dette kan også være vanskelig fordi mange bor trangt, det er trapper til badet og høye terskler. Samtidig kan det å trene hjemme gi en helt annen effekt enn å bli tatt ut fra hjemmet og trene et annet sted. For de som bor trangt har det derfor blitt søkt om rehabilitering på institusjon, fordi det er bedre treningsfasiliteter der enn hjemme. Deltakerne mente det beste er å få både dagtilbud med treningsfasiliteter og mulighet til å trene i eget hjem.

Noen trakk også fram viktigheten av målsamtalene, fordi dette skaper motivasjon. De snakket også om måten målene ble formulert på. Det er forskjell på å ha et mål om å styrke lårmuskulaturen og at vedkommende skal kunne gå til butikken. Et mål om å gå i butikken blir et felles mål for alle, både bruker og terapeuter. Målet er ikke rettet mot et spesifikt fagfelt, men mot det bruker ønsker å kunne gjøre. Det ble understreket at målsamtalen og bruken av kartleggingsinstrumenter som vektlegger det bruker ønsker å ha som mål, innebærer brukervedvirkning. Det de diskuterer i målsamtalen handler om hele hverdagen, ikke kun om funksjoner.

Tverrfaglighet

Når eksterne instanser opplever det som trygt å sende pasienter til StART fordi det er et team som møter bruker, gir dette et signal om at man har tro på at de jobber tverrfaglig. Mye av diskusjonen i fokusgruppen hadde sammenheng nettopp med at man i StART jobber annerledes enn andre steder i kommunen. De jobber tverrfaglig og ikke flerfaglig. Man jobber ikke ved siden av hverandre, som i flerfaglig arbeid, men sammen og med felles mål.

En av de ansatte i kommunen sa at hun tidligere hadde trodd at de jobbet tverrfaglig, men erfarte etter at hun begynte i StART at det ikke var slik. Hun mente at mange tror at man gjør det, men at det ikke er slik. I StART jobbet hun sammen med andre yrkesgrupper i målsamtalen og i diskusjoner om hva de enkelte yrkesgruppene skulle gjøre sammen med bruker. Dette var annerledes enn på andre rehabiliteringstilbud i kommunen. Hun mente at noe av grunnen til dette var at ergoterapeutene på de andre tilbudene ikke hadde tilstrekkelig tid til å trene med pasienten for å oppnå de mål pasienten kanskje hadde. Målsamtaler kunne gi forhåpninger om noe de ikke hadde mulighet til å følge opp, og heller bli et nederlag for bruker. En annen årsak til manglende tverrfaglighet ved andre rehabiliteringstilbud mente hun var at ergoterapeuten kun hadde 50 % stilling, og at sykepleierne var flere i antall. Det gjorde samarbeidet vanskeligere. Det var kort liggetid og de hadde ikke mange dager å bruke til kartlegging. I StART erfarte hun at hun kunne jobbe «skikkelig», fordi de tenkte annerledes. De tre yrkesgruppene, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, diskuterte sammen hva de kunne bidra med, og de fikk et helhetlig bilde fordi de så forskjellige ting. Dette ble opplevd som en trygghet. Hun var ikke alene om oppfølging av målene til

bruker. Hun formidlet at hun *«trives utrolig godt i jobben»*. Det å faktisk få jobbe på en annen måte, gjorde at hun så hvor mye lenger en kan komme i arbeidet med brukerne om en jobber tverrfaglig. Noe av det som var annerledes i StART var nettopp dette at de var sammen hjemme hos bruker og fikk en felles forståelse. De så og hørte det samme. Hun påpekte at dette var en stor forskjell fra tidligere arbeidserfaring.

Også deltakere som ikke jobber i kommunen hadde trodd at de jobbet tverrfaglig i Stange kommune. Det hadde vært overraskende å erfare at hjemmetjenesten ikke jobbet like rehabiliteringsrettet. En av deltakerne hadde trodd at tverrfaglig samarbeid hadde vært snakket om i så mange år, at det nå var en realitet, noe det altså viste seg ikke å være. Hun tilføyde at *«om en virkelig jobber tverrfaglig, så får en så vanvittig mye ut av det»*.

Det kom fram at det at de ansatte i StART gjør et besøk hjemme hos bruker tidlig i forløpet og er opptatt av brukermedvirkning, gjør at oppleggene blir mer kortvarige, og at dette gir konsekvenser som kortere ventelister enn før.

Kompetanse

Når deltakerne snakker om tverrfaglig samarbeid og tydeliggjør både mangel på det og betydning av det, var dette også et signal om både et behov for å øke kompetansen om hvordan det jobbes i StART, og om hva tverrfaglig samarbeid er.

Det kom tidlig fram i diskusjonen at deltakerne som ikke hadde vært del av eller nært prosjektet visste lite om det. Det hadde vært informasjonsmøter både på sykehus og i hjemmetjenesten, men dette var tidlig i prosjektet. Dette førte til at en ikke kunne si så mye konkret om det som ble gjort og om erfaringer med måter å jobbe sammen på. I løpet av samtalen kom det fram et behov for å være tettere på det som faktisk ble gjort i møte med brukere. For å forstå arbeidsprosessen mente noen at det var nødvendig å være med i en måldiskusjon, kunne høre hva bruker sier om egne mål, og eventuelt også å delta når bruker trener i noen av aktivitetene. Flere snakket om at det er vanskelig å se ting på andre måter når en ikke er del av det selv. For å få tak i hva det dreier seg om kan det være nyttig å snakke med folk, og være med i en del av en prosess.

Noen brukere har takket nei til tilbudet om deltakelse i StART. Kanskje flere ville takket ja om det hadde vært enklere å informere aktuelle personer. Flere savner informasjon og mente at når man vet mer, er det også enklere å bruke tilbudet. Mer informasjon via en folder eller på personalmøter ville vært bra. Informasjon må skje når flere er samlet, selv om dette ikke er så lett å få til når ansatte går i vakter.

For å øke kompetansen om den rehabiliteringen som skjer i StART, er det altså nødvendig å fokusere mer på å spre budskapet til flere deler av kommunen. Ansatte i prosjektet får henvendelser fra andre steder i landet om å fortelle om det de gjør, og det er nødvendig og ønskelig at dette skjer også i nærområdet og overfor samarbeidspartnere.

Økt kompetanse om en annen måte å jobbe med rehabilitering på, har ikke medført et behov for økte ressurser, men heller å endre innstilling til hvordan en jobber. Det innebærer at en må ha en tilnærming som er litt annerledes enn før. Det ble påpekt at en del av dette handler om

kommunikasjon, som at man spør brukere om «*hva kan jeg gjøre for deg i dag*», heller enn å fortelle personen hva som skal gjøres. Dette er en måte å snu om på egen tankegang, hvor brukers ønsker er tydelig framme.

Det ble sagt at det å endre måter å jobbe på kan være utfordrende i hjemmetjenesten hvor noen brukere vil ha behov for hjelp til det meste, mens andre vil kunne gjøre det meste selv med støtte. På sykehuset mente noen at det kan være særlig nyttig å informere avdelingssykepleier, som har den totale oversikten over det som skjer på avdelingen. Legene skiftes ut raskt, og det er fare for at de ikke vil huske hva som er sagt. De kan eventuelt ta det med seg til et annet sted, og det er bra. Det er særlig viktig å informere sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter.

Oppbygging av kompetanse var blitt prioritert for terapeutgruppene på Stange helse- og omsorgsenter. De hadde satt av økte midler til å delta på kurs, som for eksempel om kartleggingsverktøyet COPM, Berg balanseskår, KOR kursdager og motiverende intervju. Dette var tilbud til hele enheten (ergoterapeuter og fysioterapeuter), og erfaringen var at det også hadde løftet hele enheten. Her var tanken at jo tøffere hverdag de ansatte har jo viktigere var det at de har mulighet til å delta på kurs som kan gi faglig påfyll. De hadde derfor vært bevisste på å verne om kursmidlene. En av deltakerne mente at dette hadde gitt henne en kompetanse på rehabilitering, og en ytterligere sikkerhet i arbeidet. Hun skjønnte at hun kunne mye.

Deltakerne mente også at det å øke kompetansen om rehabilitering var nødvendig for å kunne skape en felles forståelse for arbeidet. Når det var uoverensstemmelser og diskusjoner mente noen at dette ikke handlet om faglige konflikter, men om fagforståelser. Nettopp derfor kan det være nødvendig å jobbe i fellesskap med å skape en felles forståelse for hva rehabilitering er, for så å tydeliggjøre hva den enkelte yrkesgruppe kan bidra med.

De som jobber i StART kan «smitte» andre med sin arbeidsmåte, enten man jobber med rehabilitering eller i hjemmetjenesten. Det ble snakket om «viruset» som må spres til mange flere for at forståelsen av rehabilitering skal bli felles. I dette ble det påpekt at hjemmetjenesten må utvikles i samarbeid med ergo- og fysioterapitjenesten. De ulike faggruppene har en ledelse som har forståelse for dette, men vet ennå ikke helt vet hvordan de skal løse utfordringene.

Ledelse og henvisningsrutiner

Noe av det som vanskeliggjør samarbeidet og det som gjøres innenfor rehabiliteringsområdet er organisering. I dag har de tre yrkesgruppene som jobber i StART ulike ledere. Dette innebærer at fysioterapeuten har en fysioterapeut og sykepleieren en sykepleier, som leder. Det er ønskelig å ha én leder, som kan ha det samlede ansvaret for de ansatte og arbeidet i denne enheten.

Deltakerne diskuterte også henvisning av brukere. Når kommunen henviser brukere til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, var det viktig at særlig noen brukergrupper, som de som hadde hatt slag, hadde kognitive vansker eller trengte håndtrening, hadde vært hjemme før de ble henvist. Når folk har vært hjemme har de også prøvd mange flere aktiviteter, og har selv en kunnskap om hva de trenger å trene på. Det er vanskelig å se for seg hva som kan være vanskelig hjemme om en ikke har prøvd det etter et akutt funksjonsfall. En annen mente at det var vanskelig å gjennomføre kartleggingen COPM før bruker hadde vært hjemme nettopp av denne grunn. Om bruker har vært

hjemme vil han kunne kjenne på kroppen hva som er aktuelt å trene på fordi han har prøvd, eller kanskje har ønsket å prøve og ikke våget å gjøre det.

Organisering handlet også om hvem bruker ble henvist til, og hjemmesykepleien ble fremhevet som særlig sentral med hensyn til hvem som henvises til StART. Mange ganger hører ikke StART om brukere som de gjerne skulle hatt tak i, ikke før det kan ha gått en tid og personen strever med å gå eller utføre andre sentrale aktiviteter. Representanten fra StART ønsket å få kontakt med brukere som hjemmetjenesten tenkte klarte seg bra etter for eksempel et mindre slag eller annet mindre funksjonsfall. Grunnen til dette var at når for eksempel sår var grodd eller det ikke var behov for andre omsorgstjenester trakk sykepleierne seg ut. Brukere kunne ha profitert på trening for å forebygge at de får vansker etter en tid. Noen uker tilknyttet StART gir mulighet for å prøve seg på ting en er usikker på. Dette krever at de som henviser fra sykehuset tenker på dette som en mulighet. Noen mente at sykehuset burde bli mer modige på å sende folk hjem. Ofte kan de fra sykehuset si at pasienten trenger en sykehjemsplass, mens erfaringer tilsier at mange kan klare seg hjemme om de får trening og støtte. Noen får tilbud om tre uker ved andre rehabiliteringstilbud, men her er det lite mulighet for å følge opp når bruker utskrives til hjemmet. Sentralt i dette er at bruker må få mulighet til å reise hjem, med oppfølging i hjemmet, for deretter å kunne vurdere hvilke tiltak og tjenester det er behov for.

På et rehabiliteringstilbud med få plasser er det er diskusjoner hver uke om hvem som skal få plass. Noen mener at det ikke er behov for alle plassene. Man kan tenke seg at det blir foretatt et hjemmebesøk når en person søkes til rehabilitering for å vurdere hva som vil være det beste tilbudet til vedkommende. På den måten kan en også sikre at sengeplassene brukes riktig.

StART blir videreført i Stange kommune. Det har vært foretatt noen omprioriteringer når det gjelder fysio- og ergoterapeutstillingene, og det er ansatte i 100 % stillinger nå. Den siste perioden av prosjektet har det vært tilsatt sykepleier, og dette skal foreløpig fortsette i tre måneder framover. Det arbeides med videreføring av også denne stillingen, fordi man ser at det er nødvendig får å kunne jobbe tverrfaglig og møte brukeres ulike behov. Det er stor forståelse for behovet for stillingene på ledelsesnivå, og det ble sagt at StART er kommet for å bli.

Det at ledelsen har forståelse for behovet for tiltaket er avgjørende. Om en skal ha mulighet for å vri bruken av ressursene og kunne spre «viruset» må kunnskapen om dette være forankret i ledelsen.

Oppsummering

Fokusdiskusjonen trakk fram flere forhold av interesse for ansatte innen både kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne hadde erfart betydningen av måten det jobbes på i StART, med målsamtaler og trening i de aktiviteter bruker faktisk ønsker å kunne utføre og delta i. Betydningen av å møte andre i samme situasjon ble også trukket fram.

Deltakerne reflekterte rundt tverrfaglig samarbeid, og hva dette innebærer i praksis. Forskjellen mellom å jobbe flerfaglig og tverrfaglig ble tydeliggjort, og fordelene med det tverrfaglige samarbeidet fremhevet. Behovet for kompetanse var sett og møtt med kurstilbud for ansatte i kommunen. I tillegg tydeliggjorde diskusjonen behovet for å informere og øke kompetansen om arbeidsmåten i StART til samarbeidspartnere.

Det er utfordringer med delt ledelse i StART i dag, og det var erkjent at dette var et problem det må gjøres noe med. Det kom også fram at arbeidsmåten i StART er forankret i ledelsen i kommunen, og at den skal videreføres.

Henvisningsrutiner var et område som kan diskuteres og videreutvikles med den hensikt å øke graden av tidlig intervensjon og utsette/forhindre funksjonsfall. I tillegg kan en ytterligere tydeliggjøring på hva som kan ha fokus i trening på institusjon og hjemme hos bruker gi enda større utbytte for brukerne.

6 Diskusjon

Erfaringene fra brukere og samarbeidspartnere formidler flere forhold som er nyttige å diskutere for videre læring og utvikling.

Tydelige rehabiliteringsmål

Når informantene blir spurt om mål og beskriver dem punktvis eller som områder de har jobbet mot, formidler de et eierskap til målene. Ønskede mål er kommet fram gjennom systematiske samtaler som har ført til at de har konkretisert hva de ønsker å kunne gjøre ved endt rehabilitering. Informantene snakker ikke om de ulike kartleggingsinstrumentene, men om samtalene de har hatt med ergo- og fysioterapeuten, og etter hvert med sykepleier. Målene er forskjellige i antall og innhold, og alle handler om aktiviteter som er gjenkjennbare og som er del av hverdagslivet. De handler om det vi gjør i dagliglivet, om det som er ønskelig og mer nødvendige aktiviteter.

Informantene forteller også om hvordan de gradvis har jobbet seg fram til å nå målene, som å starte med å trene på å gå fem trinn i en trapp, til å kunne besøke datteren over flere timer og gå trappen til andre etasje. Det endelige målet var ikke å kunne gå i trapp, men å være sammen med familien hos datteren. Et delmål som handler om fem trappetrinn viser til det møysommelige arbeidet det er å gradvis trene seg opp etter et funksjonsfall. Delmål kan ha betydning som bekreftelser på at en etter hvert mestrer stadig større utfordringer. Informanten som i starten ikke kunne forstå at han skulle kunne gå opp en slak bakke, kunne fortelle at han mot slutten nesten løp opp bakken. Det å kunne gå raskt opp bakken innebar at han også kunne gå lengre strekninger i naturen, som var et av hans mål. For andre er det viktig å kunne gå til butikken, huske det som skal handles og på den måten bidra til fordeling av arbeidsoppgavene i hjemmet.

Felles mål i en rehabiliteringsprosess bidrar til at man vet hva man skal jobbe mot, og det er en forutsetning for å kunne samordne tiltakene (Bredland, Linge & Vik 2011). Det forutsetter altså at fagpersonene jobber sammen mot det samme målet som bruker, og at de har kunnskap om hvordan de sammen skal kunne nå målene. De må snakke et felles språk sammen med bruker, og tilpasse utfordringene i tråd med det som er mulig for bruker å mestre til enhver tid.

I dette prosjektet har vi sett at informanter selv kan vise til forskjell i dette tilbudet fra erfaringer de har fra annen rehabilitering eller kontakt med helsepersonell. Når brukere erfarer at de jobber i et team sammen med ansatte, formidler de også at de kjenner seg som del av noe, hvor de selv har en rolle og medvirker. I dette har fagpersonene måttet gi fra seg en myndighet, og på den måten gitt mer myndighet til bruker i hans eller hennes prosess. I en slik prosess kan målet også bli tydeligere og trolig virke motiverende for bruker.

Et tverrfaglig samarbeid som brukere og samarbeidspartnere har erfart i prosjektet, krever at fagpersonene er åpne om sin måte å jobbe på og kan formidle faglige begrunnelser for det de ser og gjør. De må også være fleksible og tilpasse sin tilnærming til både det bruker ønsker og det medarbeidere gjør. Dette innebærer en villighet til å lære av andre. Fokusdiskusjonen tydeliggjorde forskjeller noen har erfart mellom flerfaglig og tverrfaglig samarbeid, hvor det siste gir både store

muligheter til godt faglig arbeid mot brukers mål, og hvor en fagperson ikke er alene om å bidra til brukers bedre funksjon.

StART-prosjektet har vist betydningen av å ha konkrete mål utarbeidet i et nært samarbeid mellom bruker og teamet som jobber med rehabilitering. De ulike yrkesgruppene bruker ulike kartleggingsinstrumenter, som både hjelper bruker til å tydeliggjøre og prioritere sine mål, og til å finne fram til områder og nivå det skal trenes på for å nå målene. Informantene formidler at fagpersonene har snakket om målene underveis, og at dette har hjulpet dem med å holde fokus på dem og vurdere framgang i forhold til dem.

Både dagrehabilitering og hjemmerehabilitering

StART-prosjektet skiller seg fra måten hverdagsrehabilitering er beskrevet på, ved at brukerne har fått tilbud både om rehabilitering hjemme og ved et dagtilbud. Det tilbudet den enkelte har fått har vært tilpasset brukers behov og det har variert underveis i prosessen. Noen har hatt hjemmerehabilitering i starten og etter hvert rehabilitering ved dagtilbudet, mens andre kun har hatt dagtilbud eller fått tilbud hjemme. Noen fortalte om rehabilitering ved dagtilbudet, men hvor teamet også hadde hatt samtaler med bruker og ektefelle hjemme en eller flere ganger, for å kunne se en helhet i det behovet bruker hadde.

Noen ganger kan det være vanskelig å trene hjemme, fordi det er trangt eller fordi det er vanskelig å legge treningen til rette på en god måte. Andre ganger er det treningen hjemme som er den beste fordi det er her aktivitetene skal utføres i det daglige. Det å kunne gjøre begge deler, tilpasse treningen etter behov, gir en fleksibilitet i treningstilbudet. I tillegg vil alle parter hele tiden vite hvilke forhold som kan være utfordrende for å klare å gjøre aktivitetene hjemme. I noen tilfeller viser det seg at det er tilstrekkelig å trene på ønskede aktiviteter noen ganger hjemme, fordi dette gjør bruker trygg på at han eller hun mestrer det, som for eksempel å gå til postkassen eller å hente ved i kjelleren. For noen er det ikke nødvendig å trene på å gå i en trapp i en gymsal, en kan gjøre det hjemme. Om bruker ønsker å kunne luke i hagen, vil det å kunne øve i egen hage gi en annen opplevelse av at en mestrer det enn å gjøre det i en treningsavdeling. Tekniske hjelpemidler skal brukes i og utenfor hjemmet, og trening i bruken bør derfor skje i disse omgivelsene. Det gir mulighet for å avdekke og helst fjerne barrierer som kan lette bruken og gjøre aktivitetene mulige å delta i. Det sentrale her er altså å finne fram til måter å gjøre dette på som både er håndterbart for den enkelte, og som om mulig er en reell situasjon.

Rehabilitering ved dagtilbudet handlet også om det å møte andre i lignende situasjon som en selv. En av informantene sa at det var viktig at de fikk komme sammen. Det å komme sammen i denne situasjonen handlet ikke om å møte andre på samme alder til et sosialt treff. De uttrykte viktigheten av at det var hyggelig og sosialt, men også at de kunne snakke med andre som har lignende erfaringer som en selv. Det ga mulighet for å høre at andre har blitt bedre, se hvordan andre har håndtert situasjoner, lære av og støtte hverandre, og i tillegg ha det hyggelig sammen. I fokusgruppen ble det fremhevet nettopp det at bruker reiser hjemmefra og kommer hjem med noen erfaringer. De kan fortelle om noe de har mestret og noe de har strevd med, men også jobbet for å klare. De har fått andre impulser og kan se seg selv i en større sammenheng.

Det ser ut som at det å møte andre i samme situasjon er kunnskap det er viktig å ta med videre. Dette er kjent kunnskap fra andre studier (Magnus 2001) hvor nettopp økt kompetanse om egen situasjon er sentral. Det snakkes ikke kun om vansker man har, men om hvordan de kan håndteres og hjelp som finnes. Dette kan trolig bidra til å gjøre den enkelte ytterligere selvhjulp.

I tillegg fremhevet noen at de lærte om egen diagnose, og de fikk svar på det de var usikre på av de ansatte. Det å lære om egen situasjon og erfare muligheter for fortsatt aktivitet har vist seg i en studie av personer med synsvansker å ut sette funksjonsfall og gi en tryggere hverdag (Dahlin-Ivanoff 2007). Dette gjelder trolig også brukere som har deltatt i StART.

Når brukerne svarer på spørsmålet om betydningen av dagrehabiliteringen og sier at «vi fikk komme sammen», så kan en tenke at det er tilstrekkelig å lage et sosialt tilbud der folk samles og har det hyggelig sammen. Dette er en del av det brukerne formidler, men det er ikke alt. De snakker også om at de fikk snakke med de ansatte, de ble hørt, lyttet til, ble sett, møtt på en måte de satte pris på, de gikk turer og snakket og trente på aktiviteter de strevde med hjemme. Noen forteller at de ansatte sjekket ut at de hadde gitt tilstrekkelig gode svar til de som spurte om noe. Disse erfaringene kan forstås som en faglighet i kommunikasjon omkring det disse informantene var opptatt av å snakke om. Uten denne kompetansen kunne de trolig ikke ha svart på spørsmålene, og heller ikke lagt opp til treningen som den enkelte kan mestre og erfare utfordringer med. Brukernes refleksjoner rundt betydningen av tilbudet formidler nettopp viktigheten av både å ha kunnskap om rehabilitering, og å ha en respekt for og holdning til brukere som understreker den enkeltes integritet.

Kompetansebehov – «spre viruset»

Fokusgruppen diskuterte viktigheten av å spre kunnskapen om den måten å arbeide med rehabilitering på som ble gjennomført i StART. Det tverrfaglige samarbeidet og brukerens mål ble fremhevet som sentralt. I prosjektet har man vært opptatt av å øke kompetansen på for eksempel gode kartleggingsinstrumenter, og man har prøvd ut måter å jobbe sammen på. Erfaringer som formidles fra samarbeidspartnere og fra brukere tilsier at dette er nyttig kunnskap. Det ble diskutert hvordan kunnskapen kan spres til flere. Det er brukt tid på å gi informasjon, men dette har ikke vært tilstrekkelig. Et forslag om både å gi informasjon og tilbud om å delta i en målsamtale og trening hjemme hos en bruker, kan trolig gi flere et inntrykk av hva rehabilitering kan være, men trolig ikke endre praksis.

Som vi har sett fra andre studier (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg 2011; Rambøll 2012) er forankring i ledelsen avgjørende. En forankring i ledelsen som innebærer at det avsettes tid til å diskutere seg fram til måter å endre praksis på, og ressurser til å gjøre dette i en overgangsfase, vil tydeliggjøre ønsket om endret praksis.

Et ønske i fokusgruppen var at brukere ikke søkes til sykehjem, men søkes hjem for vurdering og tjenester, slik at et rehabiliteringspotensiale kan tydeliggjøres. På denne måten mente man at sykehjems plassene også kunne bli brukt på en bedre måte. Dette er trolig et forslag som kommunen kan ha nytte av å prøve ut. Erfaringer fra flere studier (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg 2011; Vik, Lilja & Nygård 2007) formidler at det å endre fokus og å ha fokus på hverdagslivet og muligheter for aktiv deltakelse er tidkrevende prosesser. Det er trolig slik at helsearbeidere griper fatt i problemer de har

erfart er mulig å gjøre noe med. En helsearbeider som av erfaring vet at det på grunn av mangel på ressurser og tverrfaglighet ikke er mulig å arbeide aktivt med brukerens egne mål, vil heller ikke vektlegge dette i en kartlegging. Når derimot brukerens mål er det som etterspørres og som styrer en rehabiliteringsprosess, blir dette også utgangspunktet for terapeutenes arbeid.

Tiltak for å «spre viruset» bør også innebære en kompetanseheving og organisering med sikte på å inkludere omsorgsyrkene i rehabiliteringsprosessen. Kunnskap om dette finnes (Ergoterapeutene, Norsk Sykepleieforbund og Norsk Fysioterapeutforbund 2012; Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg 2011). En videre utvikling av arbeidet med rehabilitering i Stange kommune bør også bygge på erfaringene i StART, og ikke minst på de erfaringene som brukerne av tilbudet har hatt.

7 Avslutning

Erfaringene fra StART-prosjektet tilsier at denne måten å organisere kommunens rehabiliteringstilbud på er vellykket på flere måter; brukere formidler positive erfaringer, de har trent for å oppnå mål som de har formulert for seg selv, de har kommet seg raskere enn de ellers mener at de ville ha gjort, de har positive erfaringer med både å kunne trene hjemme i vante omgivelser, og ved et dagtilbud. Her har de kunnet trene på aktiviteter sammen med andre og gjennom det fått ytterligere positive erfaringer. De har erfart at ektefelle har blitt sett og tatt hensyn til i den endringsprosessen et funksjonsfall er.

Det å organisere kommunens rehabilitering med både hjemmerehabilitering og dagbasert rehabilitering gir noen ytterligere positive konsekvenser som ikke er beskrevet innenfor det som omtales som hverdagsrehabilitering (Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund & Norsk Fysioterapeutforbund 2012; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011). På den måten kan dette prosjektet bidra til å øke kunnskapen om ulike modeller som kommunene kan velge for å bidra til at brukere skal kunne mestre hverdagen hjemme så lenge som mulig.

Referanser

- Andreassen, T.A. (2012). Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering. I Solvang, P.K. & Slettebø, Å.(red.). *rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bredland, E., Linge, O. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahlin-Ivanoff, S. (2007). *Att finna nya vägar. Det vetenskapliga arbetet att ta fram ett hälsoutbildningsprogram för äldre personer med åldersförändringar i gula fläcken*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund & Norsk Fysioterapeutforbund (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo
- Grut, L. & Kvam, M.H. (2002). *Tid til å medvirke. En underveisevaluering av prosjektet Hjem – rehabilitering i Bærum kommune*. Oslo: SINTEF Unimed
- Hegge, K. (2012a). Rehabilitering på riktig sted. *Ergoterapeuten* nr.1, s.6.
- Hegge, K. (2012b). Behov og muligheter. *Ergoterapeuten*, nr. 1, s.7.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. DSI (Dansk Sundhedsinstitut), København.
http://dsi.dk/dsi_kan/satsningsomraader/
- Kjellberg, P.K., Kjellberg, J., Ibsen, R. & Christensen, L.T. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010., *Ergoterapeuten*, Nr.1, s. 24-28.
- Magnus, E. (2001). Everyday Occupations and the Process of Redefinition: A Study of How Meaning in Occupation Influences Redefinition of Identity in Women with a Disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8:115-124.
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Stockholm: Maritha Månsson och Fortbildning i Stockholm AB/Tidningen Äldreomsorg
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet
- Palmadottir, G. (2003). Client Perspectives on Occupational Therapy in Rehabilitation Services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 157-166.
- Rambøll (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. På oppdrag fra Helsedirektoratet, rapport, IS-0365.

St.meld. nr. 21 (1998-1999). *ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.prp.nr.1 (2007-2008) *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M. % Van Wijck, F. (2013) The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 35, 3, 177-190.

Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten*, Nr.1, s.42-46.

Vik, K., Lilja, M. & Nygård L. (2007). The influence of the environments on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 86-95.

Vik, K., Nygård, L. & Lilja, M. (2009). Encountering staff in the home: Three older adults' experience during six months of home-based rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. 31 (8): 619-629.

<http://brage.bibsys.no/hist/>