

# Hverdagsrehabilitering

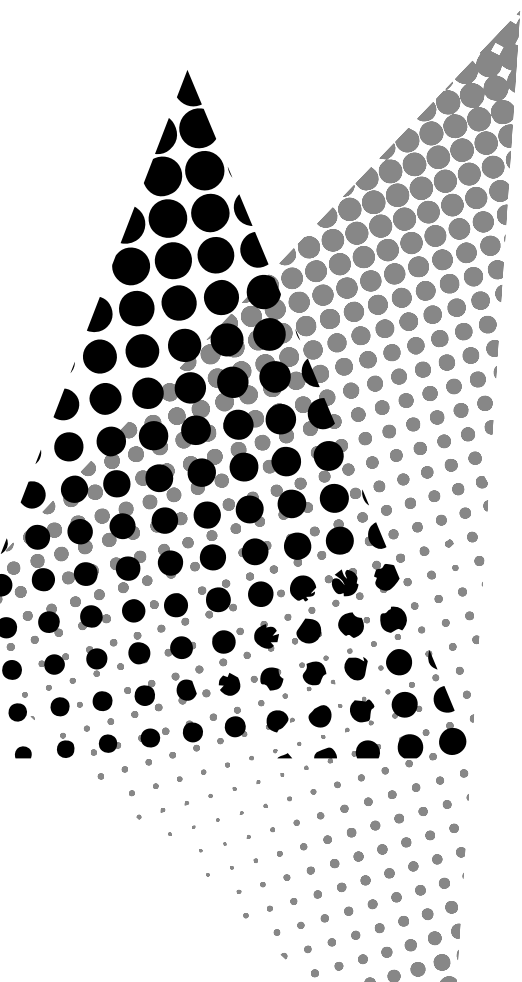
Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen



Hildfrid V. Brataas og Aud Moe

# Hverdagsrehabilitering

Pilotstudie om teambasert planlegging  
og innføring av Stjørdalsmodellen





Hildfrid V. Brataas og Aud Moe

# Hverdagsrehabilitering

En pilotstudie om teambasert planlegging  
og innføring av Stjørdalsmodellen

Senter for omsorgsforskning, Midt

2015



Senter for  
omsorgsforskning  
• midt



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: © Colourbox.com  
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 8/2015

Tittel: Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen for  
hverdagsrehabilitering

Forfattere: Hildfrid V. Brataas og Aud Moe

Rapporten er kvalitetssikret av: professor Ingela Christina Enmarker, SOF midt

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-017-5

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-016-8

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)



## SAMMENDRAG

Rapporten omhandler planlegging og innføring av hverdagsrehabilitering i Stjørdal kommune. Hverdagsrehabilitering (restorative home care) ble etablert med tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, omsorgsarbeidere med videreutdanning i rehabilitering og sykepleier, samt prosjektleder som er fysioterapeut. Rehabiliteringsmodellen ble planlagt av teamet og innført i en sone i kommunens helsetjenester. Rapporten omhandler forskning på prosjektet. Som grunnlag for videre utvikling og bruk av rehabiliteringsmodellen i Stjørdal kommune; «Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering», ble det stilt tre spørsmål om ansattes erfaringer:

- A. Hvilke utfordringer og mulige nye løsninger på pasientsentrert samarbeid erfarer teamet i oppstartsfasen av prosjektet?
- B. Hvilke utfordringer og muligheter erfarer rehabiliteringsteamet med arbeidsmodellen etter en innledende utprøvingsperiode på 2 måneder?
- C. Hvilke erfaringer har teamet etter ytterligere halvårig utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering?

Et spørsmål dreide seg om suksessfaktorer og utfordringer ved oppleggets funksjonalitet:

- D. Hvilken funksjonalitet gir rehabiliteringsmodellen internt i teamet, i samarbeid med hjemmetjenesten og med andre aktuelle samarbeidsparter?

## METODE

Undersøkelsen har karakter av følgestudie ved å gi kunnskap om teamets erfaringer fra tre faser; 1) planleggingsfase, 2) oppstart og utprøving (to måneder) og 3) videreutvikling av rehabiliteringsmodellen (6 måneder).

Data er samlet gjennom fokusgruppeintervjuer med alle ansatte i rehabiliteringsteamet samt prosjektleder. Ett intervju ble gjort etter to måneders utprøving og ett etter åtte måneders utprøving av Stjørdals-modellen for hverdagsrehabilitering.

## RESULTATER

Tema for de tre utviklings- og utprøvningsfasene var

1. «Teambasert virksomhetsutvikling» i planleggingsfasen
2. «Målrettet modellutprøving» under den to måneders oppstarts- og utprøvningsfasen
3. «Verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering» som videreutvikling de neste seks månedene.

## OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering innebærer satsing på:

- Teambygging fra og med planleggingsfasen
- Verdiforankring og integrering av felles verdier
- Person- og ressursfokus med involvering av tjenestemottaker
- Identifisering av individuelle mål og rehabiliteringsbehov
- Planmessighet og evaluering av tjenester
- Å kombinere yrkesspesifikt ansvar, primærkontakt og oppgaveoverlapping.

Faktorene i «Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering» fremtrer som en kombinasjon av suksessfaktorer. De gir funksjonalitet internt i teamet og individuell behovstilpassing til tjenestemottakerne.

Prosessledelse, ansvarstildeling og makt til aktiv handling gav vilkår for å oppnå suksess.

Behovstilpassing av tjenesten gir riktig tjenesteytelse:

- Alle henvisninger ble vurdert. De fleste ble inkludert. Noen hadde behov for andre tjenester eller informasjon om ulike tilbud i kommunen. De ble ikke inkludert i hverdagsrehabiliteringsopplegget.
- Inkluderte tjenestemottakere oppnår forbedret fungering og tjenester ut fra individuelle behov

## UTFORDRINGER

Utfordringer som fortsatt var aktuelle etter åtte måneders utprøving hadde sammenheng med kontekstuelle rammevilkår, og anbefales vurdert:

- Det gjenstår utfordringer i å sikre kvalitet på dokumentasjon og samhandling. Systemer for informasjonsutveksling og samhandling med andre tjenester er til dels uhensiktsmessige, og anbefales vurdert. Dokumentasjonssystemer bør gi tjenesteutøvere relevant tilgang til pasientopplysninger.
- Kontorlandskapet er uhensiktsmessig for samtale når andre gjør individuelt arbeid.
- Tjenestebil savnes. Bil anses å kunne høyne teamets kapasitet.

## ANBEFALINGER

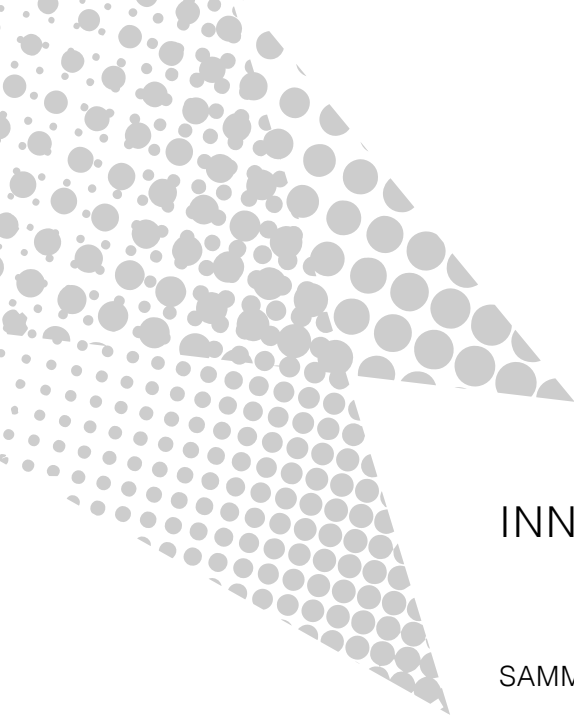
Modellens suksessfaktorer anbefales videreført.

Dersom hverdagsrehabiliteringstjenesten skal utvides i kommunen, anbefales vektlegging av teambygging på slik måte at nyansatte får eierforhold til den verdiforankrede Stjørdalmodellen for hverdagsrehabilitering.

Det trengs mer kunnskap om kvalitet på kartleggingspraksis, samhandling og dokumentasjon. Det trengs også mer kunnskap om brukerperspektiver på denne rehabiliteringsmodellen. At modellen har funksjonalitet gjennom effektive behovstilpassede tilbud til tjenestemottakere, tyder på økonomisk gevinst, men er ikke undersøkt i prosjektet.



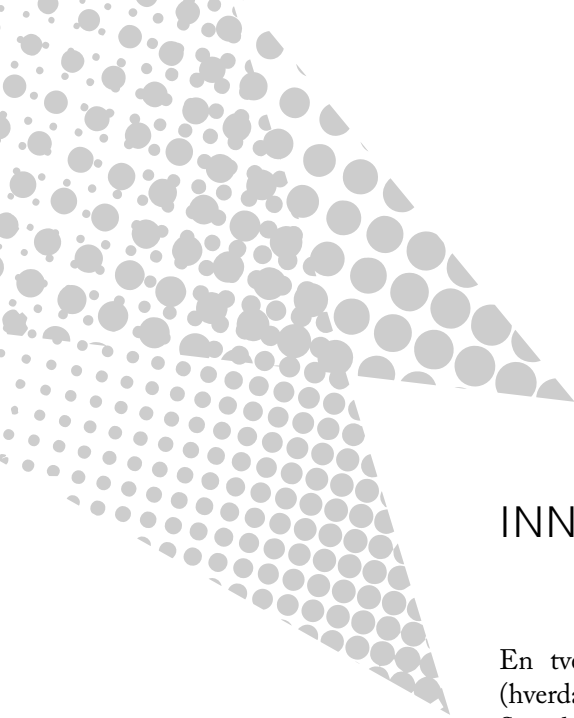




# INNHold

SAMMENDRAG	V
INNLEDNING	3
MÅLSETTINGER I FORSKNINGSPROSJEKTET	3
BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING	3
METODE	7
UTVALG	7
ANALYSE OG EVALUERING	8
FORSKNINGSETIKK	8
RESULTATER	9
FASE EN: «PLANLEGGINGSFASEN»	10
FASE TO: «MÅLRETTET MODELLUTPRØVING»	14
FASE TRE: «VERDIFORANKRET TVERRPROFESJONELL HVERDAGSREHABILITERING»	20
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	27
UTFORDRINGER	30
ANBEFALINGER	30
REFERANSER	31





## INNLEDNING

En tverrfaglig arbeidsmodell for hjemmebasert rehabilitering (hverdagsrehabilitering) prøves ut i et toårig utviklingsprosjekt i Stjørdal kommune i 2014 - 2016. Rapporten omhandler forskning i perioden fra planfasen og de første åtte månedene med utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering.

## MÅLSETTINGER I FORSKNINGSPROSJEKTET

Formålet var gjennom en følgestudie å utvikle erfarings-basert kunnskap om de innledende stegene i utvikling og utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering. Gjennom en kvalitativ følgestudie var hensikten å få erfaringer ut fra ansatte-perspektiv om faktorer av betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, med vekt på samarbeid og samhandling internt i rehabiliteringsteamet og i relasjon til samarbeidende aktører og instanser. Det var ønskelig med kunnskapsutvikling om sårbarhetsfaktorer og suksessfaktorer ved innføring av hverdagsrehabilitering.

## BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Framtidas omsorgsutfordringer er knyttet til både yngre brukergrupper og flere eldre med hjelpebehov som følge av en forventet økt andel eldre i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Forskning og erfaring har pekt på sammenhenger mellom stigende alder og nedsatt aktivitet og funksjonsevne, men uansett alder vektlegger dagens omsorgstjenester brukernes ressurser og mestringsstrategier (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a). Etter sykdom eller skade hos eldre, kan det være lett å relatere

funksjonsnedsettelse til alder, og derved overse den enkeltes potensiale til funksjonsforbedring. Velferdssamfunnet skal hjelpe innbyggerne til å utnytte egne ressurser på best mulig måte. Hjelp til selvhjelp kan resultere i kvalitativt bedre resultater for brukerne, og bedre utnyttelse av samfunnets ressurser (op.cit.). Et viktig mål for omsorgstjenesten er god helse, men også å fokusere på selve livet og forutsetninger for meningsfull livsutfoldelse. I den sammenheng blir hverdags-rehabilitering av betydning.

Til forskjell fra kompenserende hjelpetiltak, innebærer rehabilitering prosesser der personer med redusert aktivitet tilbakeføres til aktive liv. Ut fra en biologisk-psykososial rehabiliteringstenkning betraktes helse og funksjon som dynamiske sammenhenger mellom kropp, sinn og omgivelse (Fagermoen og Lerdal 2011). Altså dreier rehabilitering seg om sammensatte prosesser (WHO 2001). Hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger personens helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a). Hverdagsrehabilitering er beskrevet å være person-sentrert. Det finnes mange beskrivelser og måter å forstå person-sentrert omsorg på i praktisk rehabiliteringsarbeid (Leplege m.fl. 2007). Kort beskrevet dreier di ulike forståelsene seg om at pasienten (tjenestemotakeren) betraktes som en hel person med biologiske, psykologiske og sosiale behov, og at praksis bygger på respekt, omtanke og samarbeid om beslutningstaking og helsefremming (Constandm.fl. 2014; Pelzang 2010). Det primære målet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagsmestring og deltakelse (Tuntland & Ness 2014). Målgrupper for hverdagsrehabilitering er hjemmeboende voksne personer som opplever utfordringer i å være aktive og mestre hverdagsaktiviteter, og som kan nyttiggjøre seg av rehabilitering i hjemmet (Tuntland 2014).

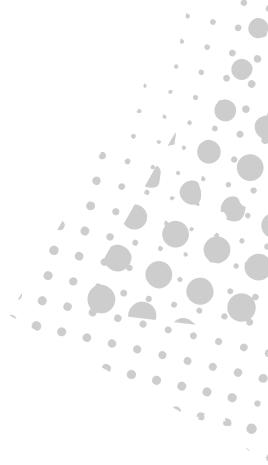
Hverdagsrehabilitering er et nytt tverrfaglig tjenestetilbud i tråd med politiske føringer (Helse og omsorgsdepartementet (HOD 2013a,b; 2011; 2006). Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og levering av tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b). Kommunene er oppfordret til å prøve ut nye arbeidsformer, og finne nye måter å løse omsorgsoppgaver på (HOD 2011). Dette kan skje gjennom videreutvikling av tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig (tverprofesjonelt) samarbeid er grunnleggende for å lykkes med rehabiliteringstiltak (Ness 2014). Tverrfaglig samarbeid kan være yrkesoverskridende. Flere yrkesgrupper samarbeider ved at

roller, ansvar og oppgaver deles, uten hensyn til profesjonell tilhørighet. En annen måte å samarbeide tverrfaglig på, benevnes interaktivt tverrfaglig samarbeid. Her er arbeidsfordelingen yrkesspesifikk, men man arbeider i fellesskap med å bestemme og nå felles mål. Hver yrkesgruppe utfører det de har spesiell kompetanse på, samtidig som de ulike yrkesgruppene samarbeider om å nå tjenestemottakernes mål (Brataas og Furunes 2012). Interaktivt samarbeid innebærer aktiv og likeverdig involvering av alle parter. For å lykkes med både yrkesoverskridende og interaktivt samarbeid om hverdagsrehabilitering, er felles oppfatninger om helse og rehabilitering, felles fagspråk, felles dokumentasjonsopplegg og team-basert organisering vesentlig (Ness 2014).

I utviklingsprosjektet i Stjørdal har man etablert et tverrfaglig team. Teamet som arbeider med hverdagsrehabilitering står organisatorisk «på siden» av ordinær hjemmetjeneste, dvs at tilbudet ikke inngår i det daglige tilbudet fra hjemmetjenesten i kommunen. Teamet er tverrfaglig med faggruppene hjelpepleier, omsorgsarbeider, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Alle deltok i planlegging før oppstart. Teamansatte er rekruttert i kommunen. Det gjorde det mulig å organisere ca 10 planleggingsmøter á to timer i planperioden. Hverdagsrehabilitering ble iverksatt første september 2014.

Kommunen så behov for kunnskap om teamets erfaringer med planlegging og innføring av hverdagsrehabilitering. Prosjektet hadde følgende sentrale spørsmål:

- Hvilke utfordringer og mulige nye løsninger på pasientsentrert samarbeid erfarer teamet i oppstartsfasen av prosjektet?
- Hvilke utfordringer og muligheter erfarer rehabiliteringsteamet med den innførte arbeidsmodellen etter en innledende utprøvningsperiode på 2 måneder
- Hvilke erfaringer har teamet etter en ytterligere halvårig utprøving av nye løsninger i arbeidet med hverdagsrehabilitering?
- Hvilken funksjonalitet gir rehabiliteringsmodellen internt i teamet, i samarbeid med hjemmetjenesten og med andre aktuelle samarbeidsparter?





## METODE

Undersøkelsen var en pilotstudie med følgeforskningsopplegg, der det på to tidspunkter ble benyttet fokusgruppeintervju med ansatte i teamet for hverdagsrehabilitering.

Evalueringsforskning som følgeforskning legger vekt på å skape en konstruktiv dialog mellom deltakere i programmet (intervensjonen) (Lindøe, Mikkelsen og Olsen 2002). Dialog ble skapt i fokusgrupper som inkluderte alle i rehabiliteringsteamet.

Rekruttering av team-medlemmer hadde skjedd suksessivt, med ansettelse var fra og med oppstarten av tilbudet 01. september 2014. Teamet var rekruttert internt i kommunen, noe som gjorde planleggingsarbeidet mulig som en integrert del av jobber de hadde før rehabiliteringsoppstart. I planperioden hadde teamet hatt 10 ukentlige planleggingsmøter á to timer. De planla etablering av hverdagsrehabilitering som tilbud i en sone for hjemmehaserte tjenester i kommunen. Første fokusgruppeintervju ble gjennomført to måneder etter oppstart av intervensjonen. Da var planleggingsfasen og de to første månedene med utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering tema. Andre fokusgruppeintervju ble gjennomført et halvår senere, dvs. åtte måneder etter igangsatt tilbud med hverdagsrehabilitering.

## UTVALG

Prosjektleder for utprøving av hverdagsrehabilitering samt alle ansatte i team hverdagsrehabilitering i Stjørdal kommune ble inkludert i studien. Utvalget besto av seks kvinner og ingen menn. Foruten prosjektleder besto utvalget av ergoterapeut, to omsorgsarbeidere med videreutdanning innen rehabilitering, sykepleier og fysioterapeut. De utgjorde rehabiliteringsteamet.



Prosjektleder arbeidet med planarbeid ca et halvt år før oppstart. Prosjektleder var ansatt som prosessleder, og skulle ikke ha en aktiv rolle i rehabiliteringsaktivitetene overfor tjenestemottakerne. Det var besluttet at arbeidsmodellen skulle være team-basert.

## ANALYSE OG EVALUERING

Det er gjennomført tematisk analyse av de to intervjuene, med sammenligning av funn på ulike tidspunkt (Patton 2015; Graneheim og Lundman 2004).

Resultater er fremstilt med beskrivelse av tema og undertema. For å underbygge studiens troverdighet er det benyttet kondensert data-tekst og sitater fra intervjuene.

Oppsummering og anbefalinger vektlegger suksessfaktorer ved Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering. Resultater formidles til oppdragsgiver midt i utprøvningsperioden. Oppfølging og sluttevaluering av modellen er planlagt utført som intern prosjektevaluering.

## FORSKNINGSETIKK

Prosjektet er søkt og godkjent NSD, prosjekt nr. 40186. Frivillig informert samtykke til deltakelse er ivaretatt gjennom skriftlig og muntlig informasjon og forespørsel. Det ble fremhevet at det ikke har noen konsekvenser for den forespurte om man ønsker å delta eller ikke. Alle forespurte ønsket å delta. Anonymisering av enkeltdeltakere er tilstrebet gjennom presentasjon av avidentifiserte resultater der informasjon om enkeltdeltakere er utelatt. Det var derimot ikke mulig å anonymisere teamet som sådan. For å ivareta deltakernes autonomi og rett til frivillig deltakelse, har forskerne valgt å legge frem rapporten for deltakerne for gjennomlesning og kommentar, før endelig rapport overleveres oppdragsgiver og publiseres. Prosjektleder har bekreftet at resultatbeskrivelsen er akseptert av rehabiliteringsteamet.



## RESULTATER

Resultatbeskrivelsen er strukturert ut fra forløpet med følgende faser:

Fase en: Planleggingsfasen

Fase to: De to første månedene med utprøving av hverdagsrehabilitering

Fase tre: Påfølgende seks måneder med utprøving av hverdagsrehabilitering.

Hovedtema som kom frem i fokusgruppeintervju om Fase en: Planleggingsfasen, var «teambasert virksomhetsutvikling».

I Fase to: De to første månedene med utprøving av hverdagsrehabilitering, var tema «målrettet modell-utprøving».

I Fase tre: Påfølgende seks månedene med utprøving av hverdagsrehabilitering, var «verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering» hovedtema. Tabell 1 gir en oversikt over tema og under-tema for de tre fasene. Resultater for hver fase beskrives deretter.

**Tabell 1.** Faser og hoved-tema og undertema i hver fase

Fase	Hovedtema	Undertema
Fase en: Planleggingsfasen	Teambasert virksomhetsutvikling	Teambygging, entusiasme og gjensidig trygghet
		Nytenkning, organisering og tjenesteinnordning
Fase to: Oppstart og to mndr med modell-utprøving	Målrettet modell-utprøving	Modell-utprøving
		Utvikling av rutiner og tverrfaglig arbeidsform
		Dokumentasjon og samhandling
Fase tre: Påfølgende seks mndr med modell-utprøving	Verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering	Behovstilpasset rehabilitering gir resultater
		Arbeids- og samarbeidsform i teamet
		Samhandling og informasjonsflyt
		Synspunkter om utvidelse av tjenesten

## FASE EN: «PLANLEGGINGSFASEN»

«Teambasert virksomhetsutvikling» var hovedtema i planleggingsfasen. Tema omfattet under-temaene «Teambygging, entusiasme og gjensidig trygghet» og «Nytenkning, organisering og tjenesteinnordning».

### TEAMBYGGING, ENTUSIASME OG GJENSIDIG TRYGGHET

Samarbeid på tvers av yrkene (profesjonene) var i denne fasen kjennetegnet av teambygging, entusiasme og utvikling av gjensidig trygghet i teamet. De var opptatt av å inkludere hverandre i fellesskapet og av felles læring om hverdagsrehabilitering.

Det var ikke gitt føringer for hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet skulle legges opp rent praktisk, og teamet utviklet selv sin egen samarbeidsmodell.

De planla å arbeide tett tverrfaglig og hadde en felles intensjon om at alle i teamet skulle samarbeide om planleggingen av tilbudet. «Rammene må vi ha og forholde oss til, og hvordan de skal fylles, det skal vi forme i lag».

Samarbeidet skulle baseres på likeverd: «Vi bestemte at alle skulle være på samme nivå – vi skulle ha den samme verdien og vi skulle stå likt, og det tror jeg at gjør at vi ikke er så sårbare».

### MØTER OG ETABLERING AV KONTORLANDSKAP

Teamet hadde jevnlig planleggingsmøter en gang hver uke, til sammen 10 møter i planperioden. Det var «gull verd». De ble trygge på hverandre, ble kjent med hverandres bakgrunn og hvem (yrke) som var best på de forskjellige oppgavene. De arbeidet med ideer om hvordan de skulle starte rehabiliteringen, og hvordan de kunne lære av hverandre. Kontorplass som 'kontorlandskap' ble etablert.

De fikk omgjort et tidligere bad i en institusjon til kontor og etablerte kontorplasser som kontorlandskap. De ønsket å skape en god arbeidssituasjon i kontoret. Kontorlandskap og små skrivebord var utfordrende for noen som hadde hatt egne kontorer. For andre var det å få egen kontorplass en positiv endring. I kontorlandskapet virket lyden fra andre sine samtaler forstyrrende for noen. Støydempende gardiner hjalp noe.

## HELE GRUPPA VAR «FYLT AV ENTUSIASME OG PÅGANGSMOT OG HUMØR»

Det skapende planleggingsarbeidet førte til opplevelse av fellesskap og teambygging. Alle var opptatt av å skape trygghet i teamet. Samarbeid som inkluderte alle var motiverende. Det var også læring om de andre i teamet sine yrker. Ekskursjoner til andre kommuner som hadde etablert hverdagsrehabilitering var med på å underbygge entusiasme og motivasjon og utvikling av gjensidig trygghet som gruppe. På ekskursjoner fikk de nye tanker om rehabilitering som en annen måte å jobbe på enn tradisjonell hjelp.

## VISJONSUTVIKLING OG KREATIV LØSNINGSAKTIVITET

I planfasen kom de godt i gang med utvikling av teamets visjon: «Vi har laget et digert tre da, der vi skal skrive stikkord og ting som det er viktig i forhold til hverdagsrehabilitering å huske på».

## TEAMET STO OVERFOR NOEN UTFORDRINGER, BRUKTE KREATIVITET OG FANT LØSNINGER I FELLESSKAP.

«Det er team-bygging i det å starte en sårn prosess sammen. For det er jo en litt frustrerende periode.»

Et eksempel på frustrerende utfordringer var at det ikke var noe sted i dokumentasjons-systemet for å dokumentere hverdagsrehabilitering. Et annet var at de ikke visste hvordan de skulle samarbeide med fastlegene. Det var «mange sårne ting» som de var usikre på.

## NYTENKNING, ORGANISERING OG TJENESTEINNORDNING

Dette var et under-tema som dreide seg om å snu tankesett til brukerens mål og tverrfaglige hjelpebehov, planlegging av selve rehabiliteringsopplegget og hvordan teamet skulle innordne hverdagsrehabilitering i forhold til kommunens øvrige tjenestetilbud.

### DET VAR NYTENKNING Å SNU TANKESETTET TIL BRUKERENS MÅL OG TVERRFAGLIGE HJELPEBEHOV

Teamet arbeidet med å snu tankesett fra kompenserende hjelp til rehabilitering. I tradisjonell praksis «jobber en med dårlige folk hele tida». I rehabiliteringsarbeidet skulle de «se hvor lite som skal til, tenke annerledes, og tenke tverrfaglig og kreativt på en litt annen måte».

### PLANSKISSE FOR REHABILITERINGSFORLØPENE BLE LAGET

Hverdagsrehabilitering ble planlagt å vare fire til seks uker. Teamet laget en plan som skisserte deres kartlegginger og vurderinger under rehabiliteringsforløpene:

- Teamet «gjør ei kartlegging og han (tjenestemottakeren) setter sine egne mål»
- Teamet «går intensivt inn daglig, kanskje to tre ganger rehabiliteringsbesøk i to til tre uker, og så ser vi hvor langt vedkommende har kommet, hvor sjølstendig han har blitt. Og så vurderer vi, for han skal jo bli sjølhjelpen til slutt; – det er målet»
- «Vi tar midtevaluering. Ser hvordan er det med brukeren. Og så ser vi at kanskje må vi justere litt på målene, er vi på rett vei? Er det andre ting på evalueringa? Målene er og for å endres.»
- Teamet «vurderer hyppigheten av tiltak, «kanskje redusere til tre ganger i uka – og så mindre og mindre» frem til rehabiliteringsmålene er nådd.

### BRUK AV METODER VAR IKKE PLANLAGT I DETALJ

Teamet hadde i denne fasen snakket mye om hvordan de skulle gå frem, hvilke redskaper de kunne bruke og hvordan de gikk frem andre steder; - om «suksess-historier». Metodikk de skulle bruke og hvordan de skulle gå frem konkret, ble ikke tatt opp før på slutten av planperioden. Bruk av metoder var ikke planlagt i detalj da de i neste fase startet opp med å tilby hverdagsrehabilitering. Arbeidsoppgavene ble skissert ved hjelp av et flytskjema. De anså ikke planleggingen som avsluttet da hverdagsrehabiliteringsopplegget ble tatt i bruk: «Det er jo sånt som vi må gjøre oss noe erfaring på».

## INNORDNING AV HVERDAGSREHABILITERING I KOMMUNENS TJENESTETILBUD

Hverdagsrehabilitering som ny virksomhet var organisert som prosjekt over to år. Styringsgruppen var bredt sammensatt med blant annet enhetsledere i kommunehelsetjenesten, bruker-representanter og kommunens ledelse. Det var høye forventninger til prosjektet i kommunens ledelse. Kommunen forventet resultater (gevinst) av å satse på prosjektet. Teamet var innstilt på å møte forventninger og ønsket å lykkes med å tilby hverdagsrehabilitering som møtte tjenestemottakernes behov og fremmet deres mestring. For å lykkes med å innordne hverdagsrehabilitering i forhold til andre tjenester hadde teamet ansett det som viktig å etablere et godt samarbeid med enhetslederne i omsorgstjenesten. Hverdagsrehabilitering måtte innordnes og tilpasses til tradisjonell praksis. «Det (hverdagsrehabilitering) kom inn et nytt tiltak i tiltakskjeden. Det skulle ikke konkurrere men stå ved siden av det enhetslederne står for i dag. Der frykta jeg litt motstand, men det har vi ikke opplevd». Teamet arbeidet ikke døgnet rundt og hadde behov for samarbeid med omsorgstjenesten om pasienter som mottok tjenester helg eller natt.

## TEAMET FANT IKKE GODE LØSNINGER PÅ NETTBASERT DOKUMENTASJON OG INFORMASJONSUTVEKSLING.

Dokumentasjon, innordning og samordning av opplysninger mellom teamet og andre tjenester, «det med datarutinene og hvordan vi skal melde fra og hvordan vi skal arkivere, og at vi ikke mister noe underveis», var utfordringer de forsøkte å finne gode løsninger på. Det var særlig viktig å finne gode løsninger på samarbeid og informasjonsflyt mellom teamet og hjemmebasert omsorg. I planleggings-perioden kom de ikke frem til endelige løsninger på utfordringer med å sikre tilgjengelighet og sikker bruk av informasjon i det nettbaserte journalsystemet.

## FASE TO: «MÅLRETTET MODELLUTPRØVING»

Hoved-tema om fase to var målrettet modellutprøving. (Fase 2 var oppstart og to måneder med utprøving av hverdagsrehabilitering.) Under-tema om denne fasen var Modellutprøving, Utvikling av rutiner og tverrfaglig arbeidsform, og Dokumentasjon og samhandling. Disse beskrives i det følgende.

### MODELL-UTPRØVING

Etter første utprøving av hverdagsrehabilitering fortalte teamet om erfaringer og synspunkter på følgende forhold: 1) inklusjon (inntak) og gjennomstrømning av tjenestemottakere, 2) vurderinger om hensiktsmessighet ved at en eller flere i teamet skulle inn til hver tjenestemottaker, 3) kartleggingserfaringer og 4) rehabiliteringsresultater.

### INKLUSJON (INNTAK) OG GJENNOMSTRØMNING AV TJENESTEMOTTAKERE

I løpet av de to første månedene hadde teamet forespørsel om inkludering av 20 personer på hverdagsrehabilitering. Omtrent halvparten hadde fått tilbudet. Noen som var søkt inn hadde behov for andre tjenester enn hverdagsrehabilitering. De ble derfor ikke inkludert. Andre klarte seg selv etter at teamet hadde gitt dem veiledning og relevant informasjon for eksempel om andre relevante tjenester i kommunen. Slike veilednings- og informasjonssamtaler ble foretatt i heimene. Teamet kalte hjemmebesøk der de veiledet og gav informasjon for «helsefremmende hjemmebesøk».

Gjennomstrømningen var god for de som ble gitt tilbud om hverdagsrehabilitering.

Fire tjenestemottakere hadde gjennomført rehabiliteringsopplegget. To var i avslutningsfasen. Fem andre var i gang med rehabilitering.

### PRIMÆRKONTAKT

Teamet benyttet fra oppstarten av en organisering med primærkontakt for hver tjenestemottaker. (Det benyttet de også i neste fase av prosjektet.) Den i teamet som var

primærkontakt for en tjenestemottaker hadde oppfølgingsansvar overfor denne personen, og var den i teamet som var mest hos personen.

#### SKULLE FLERE I TEAMET INN TIL HVER BRUKER?

Teamet erfarte at det var fordelaktig at flere var inne hos hver tjenestemottaker. Begrunnelser var for det ene at de da fikk flere yrkers faglige syn på rehabiliteringsopplegg som kunne møte den enkelte person sine rehabiliteringsmål, samt at flere fulgte opp og evaluerte rehabiliteringsprosessen. For det andre gav det fleksibilitet i teamets totale arbeidsflyt. De som kjente personene, målene og oppleggene kunne raskt sette seg inn i hva som var oppgaver på neste hjemmebesøk. Men hele teamet skulle ikke inn til en og samme bruker. Teamet mente det var best for tjenestemottakerne at få ansatte var hjem til hver enkelt. «Det gir trygghet at det ikke er for mange inn til den enkelte». De hadde konkludert med å tilstrebe at flere, men maksimum tre i teamet, var hos hver enkelt tjenestemottaker.

#### KARTLEGGINGSERFARINGER

Det var blitt gjort IPLOS kartlegging for de personene som ble inkludert i hverdagsrehabiliterings-opplegget. På IPLOS variablene diskuterte teamet seg fram til hva som var relevante skåringskategorier. Eksempel på en kategori som var relevant var 'hjelp til bistand'. De var blitt «rimelig enige etter hvert» om hvordan de skulle skåre på IPLOS kartleggingene, men diskuterte fortsatt utfordringer med IPLOS kartleggingen.

Om COPM kartlegging, fortalte de at da de startet med tilbudet om hverdagsrehabilitering, gjorde de COPM kartlegging på første hjemmebesøk, men på bakgrunn av erfaringer tok de nå en uformell samtale aller først. Tjenestemottakerne vet ikke fra før hva hverdagsrehabilitering er. Derfor fikk de nå informasjon om det i en samtale før teamet gjennomførte kartleggingen.

Teamet brukte god tid under kartlegginga. Tjenestemottakeren fikk tenke seg om og sette sine egne mål. Det var viktig at han følte seg lyttet til. «Å skape god kontakt er veldig viktig». Forståelig, konkret språk hadde betydning for å komme frem til målbare mål. Teamet mente de generelt var dyktige til å kommunisere med tjenestemottakerne: «Vi er flinke til å komme frem til det som er målbart». Et eksempel



på noe målbart var 'å gå frem og tilbake fra butikken', og ikke 'å gå litt mer'. Men de erfarte også utfordringer, særlig i å samtale med folk som hadde kognitiv svikt og for eksempel afasi, og fremmedspråklige der de måtte bruke tolk. Og kartleggingssamtalene var utfordrende mht å få tjenestemottakerens forståelse om forskjeller på «hva har størst betydning for deg?», og «hvordan er utførelsen din?» og «hvor tilfreds er du med den?».

## REHABILITERINGSRESULTATER

Synlige resultater av rehabiliteringstilbudet de hadde utviklet og prøvde ut var inspirerende

De første tjenestemottakerne som gjennomførte rehabiliteringen hadde gode resultater av den. Det var inspirerende: «Å se at folk blir friskere; veldig artig å se resultatene og aktive brukere. Vi ser jo resultatene. Og det gjør jo at vi får 'gøts' til å stå på. Det er artig å jobbe».

## UTVIKLING AV RUTINER OG TVERRFAGLIG ARBEIDSFORM

Teamet hadde utviklet rutiner og vært aktive med opplæring til hverandre om kartlegging de hadde besluttet å benytte i rehabiliteringsopplegget. Teamet hadde utviklet et trygt sosialt arbeidsmiljø og samarbeidet om utvikling fra en flerfaglig arbeidsform til en interaktiv yrkesoverskridende samarbeidsform.

## UTVIKLING AV RUTINER OG FLYT

Oppstarten var erfart litt kaotisk. Tjenesten ble mer strukturert og opplegget mer ordnet etter hvert. Mange rutiner var ikke blitt planlagt før de startet opp tjenesten. Etter to måneder hadde de «mye på plass, ikke minst rutiner». De var i gang med revidering av flytskjema. Det første flytskjemaet de laget stemte ikke med det som måtte gjøres. Det hadde alt for få punkter. Nå hadde de erfaringer som grunnlag for å kvalitets-sikre opplegget. Nytt skjema skulle lages. Det skulle både ta høyde for rehabiliteringstenkningen og teamets arbeidsform, samt eksternt pålagte krav til for eksempel rapporteringer og dokumentasjon.

## OPPGAVEOPPLÆRING OG ARBEIDSMILJØ I TEAMET

I oppstartsperioden var det behov for erfaringsutveksling og opplæring av hverandre. Målet var at alle kunne utføre alle oppgaver selvstendig. (En yrkesoverskridende samarbeidsform.) Teamet hadde etablert et trygt samarbeidsmiljø. Det bidrog til at opplæring av hverandre var erfart som en god arbeidsform. Opplæring i bruk av kartleggingsverktøy foregikk gjennom først å observere en i teamet som kunne å bruke verktøyet. Videre opplæring foregikk ved øving når den som kunne kartleggingen var til stede og veiledet.

## FRA FLERFAGLIG TIL YRKESOVERSKRIDENDE OG INTERAKTIV SAMARBEIDSFORM

(Begrepene yrkesoverskridende- og interaktiv er forklart i kapittel 1.)

En primærkontakten hadde hovedansvaret opp mot den enkelte tjenestemottakeren og hans/hennes rehabiliteringsprosess. Men ansvaret for spesielle oppgaver var i starten fordelt flerfaglig. Ergoterapeuten hadde ansvar for COPM kartlegging og fysioterapeuten hadde ansvar for SPBS kartlegging. Sykepleier hadde medisinsansvar og erfaring med IPLOS, og omsorgsarbeidere hadde ansvar for praktiske rehabiliteringsoppgaver.

Målet var å samarbeide yrkesoverskridende. At alle kunne gjøre alle oppgaver ville føre til mer lik fordeling av kontorarbeid og praktisk arbeid. «Da blir det lettere å samkjøre».

Yrkesoverskridende samarbeid anså de fordelaktig også ved sykdom. Det hadde de erfart.

«Og hvis ikke alle kan gjøre samme oppgave, så blir ting satt på vent».

De skulle også samarbeide interaktivt ut fra hver sin faglige bakgrunn. Selv om alle skulle kunne gå inn til brukeren og utføre samme oppgave, skulle alle inn til tjenestemottakeren med sitt faglige perspektiv; «man utfører den samme oppgaven, - ikke med samme øyne, men vi vil jo samme målet». Målet var at hver person som mottok hverdagsrehabiliterings-tjenesten oppnådde sine mål om mestring i hverdagslivet. Da de startet opp var de litt ulike i tankegang (kompenserende versus rehabiliterende målorientering). Men mer og mer følte de at de utviklet en felles målorientert tenkning. Når de nå diskuterte erfaringer og fremmet sine synspunkter, skjedde det ofte at andre kommenterte; «akkurat sånn tenker jeg og».

Men om målene var felles, skulle de dra nytte av hverandres yrkeskompetanser. Et eksempel var når de gjorde kartlegginger med tjenestemottakeren. Som regel var de to og to når de kartla: «Det er tverrfaglig. Og vi ser jo litt forskjellige ting med en gang». Sammen gikk de så gjennom data og gjorde vurderinger der brukerens mål var styrende.

### SAMHANDLING, DOKUMENTASJON OG INFORMASJONSFLYT

Dette var tema som omhandlet samhandling med andre tjenester, og dokumentasjon, systemkrav og sikring av rutiner for dataregistrering og informasjonsflyt.

### SAMHANDLING MED ANDRE TJENESTER

Alle i teamet har nettverk fra der de jobbet før. For noen førte overgangen til ny jobb til overlapping; noe i forrige jobb ble ikke avsluttet før en tid etter at hverdagsrehabilitering startet opp. Samkjøring og avvikling ble ordnet. Nettverk de hadde fra forrige arbeidsplass og samarbeid med andre tjenester var nyttige: «De er mye viktigere enn jeg hadde trudd på forhånd, de uformelle samhandlingslinjene som finnes».

Uformelle informasjonssystemer var etablert utenfor etablerte nettbaserte systemer for datahåndtering, og ble brukt til å formidle informasjon av betydning for pasientsikkerheten: «Og det som gav meg en aha opplevelse, det var spesielt i forhold til hjemmesykepleien i forhold til det de kaller 'blåboka'». (En bok med informasjon om viktige opplysninger og endringer som ansatte må vite om).

### DOKUMENTASJON OG SIKRING AV RUTINER FOR DATAREGISTRERING OG INFORMASJONSFLYT

Helsefaglig trenger personell i rehabiliteringsteamet og personell innen pleie- og omsorgstjenester tilgjengelighet til relevant informasjon i pasientjournalssystemet.

Dokumentasjon og informasjonsflyt skal være sikker og møte både juridiske krav og systemkrav, med krav om hvem som gis tilgang til dokumentasjon i pasientjournal-systemet. Det var krav fra de som styrer journalssystemet. Teamet måtte møte disse kravene.

På en annen side erfarte teamet det utfordrende å sikre at data ble registret og arkivert der de var tilgjengelige for relevante brukere: «At vi ikke mister noe underveis, at det

som dokumenteres finnes tilgjengelig for de som trenger det». Teamet arbeidet ikke kveld og natt, og de var avhengige av at formidlinga mellom teamet og hjemmebasert omsorg var vel-fungerende. De erfarte at dokumentasjons-systemet ikke var lagt opp slik at data om hverdagsrehabilitering ble samkjørt hensiktsmessig med andre data i det elektroniske journalsystemet. «Det er punkter i Profil (dokumentasjonssystem) som ikke er tilstrekkelig for det man trenger». Dokumentasjonsstrukturen tillater ikke flyt av opplysninger i en og samme mappe ('fane').

Eksempel: Under «utredningen» med kartlegging og vurdering om hvorvidt pasienten skal inkluderes i hverdagsrehabilitering, opprettes det ikke fane om hverdagsrehabilitering. Teamet har valgt å dokumentere under fanen «kartlegging – informasjon», en fane forvaltningskontoret bruker. Dersom pasienten skal ha tiltaket, blir det opprettet fane om hverdagsrehabilitering. Det betyr at teamets opplysninger ikke står sammenhengende, men er dokumentert under to faner. Et forslag for å løse problemet, var at de skulle dokumentere på et nivå i datasystemet der «alle kan lese alt». Det hadde de ikke gått med på. Det måtte finnes en form som fungerte for dem og for hjemmesykepleie på kveld og nattevakter; «vi må dokumentere slik at hjemmesykepleien finner det».

Dokumentasjons- og formidling er en utfordring som må løses på system- og høyere nivå. Nasjonalt har man ikke kommet frem til en god løsning:

«Det er jo interessant at det er 70 kommuner som har starta med hverdagsrehabilitering, og mange av de kommunene bruker Profil. Men Profil ser ikke likedan ut i noen av kommunene. De bygger opp sine egne modeller i Profil.» Teamet kartla individuelle pleiebehov ved hjelp av IPLOS. «Registrering av IPLOS i hverdagsrehabilitering hadde ingen av de 70 kommunene gjort». «Så når systemansvarlig ringer Helsedepartementet og spør 'hvordan skal vi registrere i IPLOS for hverdagsrehabilitering?', så var det en ny problemstilling for dem».

## FASE TRE: «VERDIFORANKRET TVERRPROFESJONELL HVERDAGSREHABILITERING»

Overbyggende tema etter åtte måneders utprøving av hverdagsrehabilitering var hovedtema «Verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering». Temaet omhandlet sammenhengen mellom resultater og inntak av tjenestemottakere med behov for denne tjenesten. Under-tema «Behovstilpasset rehabilitering gir resultater»; jfr. Tabell 1. Det omhandlet også «Arbeids- og samarbeidsform i teamet» og «Samhandling og informasjonsflyt». Teamet tok også opp et nytt tema; «Synspunkter om utvidelse av tjenesten».

### ARBEIDS- OG SAMARBEIDSFORM I TEAMET

Teamet vektla å tilby rehabilitering tilpasset den enkelte person sitt behov. Det mente de gav resultater. Kartlegging hadde stor betydning for å identifisere tjenestebehov. Derfor brukte teamet god tid på kartlegging. Flere kartleggingsverktøy ble benyttet. (Om verktøyene; se resultater i fase to.) «Det å gjøre en god kartlegging, det å finne rett tjeneste til kvar enkelt bruker, - vi må sette av tid til det». For noen personer som det var søkt plass til, var ikke hverdagsrehabilitering det rette tilbudet. Disse tjenestemottakerne hadde likevel nytte av informasjon teamet gav, blant annet om andre tjenester i kommunen. Teamet innsats til disse personene ble kalt helsefremmende hjemmebesøk.

Rehabiliteringsresultatene var positive for de som fikk rehabiliteringstilbudet. I løpet av de åtte månedene med utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering hadde 40 personer avsluttet rehabiliteringen, høynet mestringsnivået og havnet på riktig omsorgsnivå. «Vi har veldig positive resultater. Det er jo artig å se. Vi ser også at livskvaliteten øker». Både hjemmesykepleie og andre tiltak var redusert. Det ble ført statistikk som viste at «tjenestemottakerne har dobbelt så mye hjelp når vi starter med dem som når vi slutter med dem, og det er jo kjempebra resultat».

Etablering og utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering innebar vedvarende fokus på nytenkning, erfaringslæring og tilpasning av arbeidsopplegget. Teamets rutiner blir vedvarende vurdert. Utviklingsprosessen var krevende: «Kjenner at hodet er fullt. Det har vært mye».

Flytskjema var oppdatert og hadde blitt ganske bra nå,

mente teamet. De var opptatt av å kvalitetssikre rutiner og oppgaver: «Vi må ha system for å fange opp at den som har et ansvar for at en tjenestemottaker har vært gjennom det som er planlagt. Ellers flyter det bare, og ingen vet noe». Etablering av primærkontakt og sjekklister fungerte bra.

#### DE ERFARTE FORDELER OG ULEMPER MED 'KONTORLANDSKAP'

På spørsmål om utfordringer, tok de opp utfordringer knyttet til det felles kontoret de hadde: «at vi er fem på ett kontor». Samtaler kan virke forstyrrende på annen aktivitet. De har lagt opp til å ha et felles møte en gang i uka, men ofte kan de ikke vente med diskusjoner til møtetiden. Derfor har de strukturert hver arbeidsdag med samtaler på morgenen mellom kl 08 og 09. Men generelt har det skjedd en endring til en positiv holdning til å arbeide i kontorlandskapet; «det positive med det er jo at vi får veldig god kontakt». Det er positivt for samarbeidet.

#### TEAM-ARBEIDET VAR ORGANISERT UT FRA FLERE SAMARBEIDSPRINSIPPER

Kombinering av primærkontakt og tverrfaglighet med både tverrprofesjonelt målretta samarbeid og flerfaglig praksis, erfarte de at var en suksess. Primærkontakt gav «ansvarliggjøring av framdriften i rehabiliteringen. Jeg tror det er en forutsetning for suksessen. Vi får faktisk framdrift». Primærkontakten var en i teamet, uavhengig av yrkesgruppe.

De kombinerte flere måter å arbeide tverrfaglig på. I begynnelsen var de opptatt av at den og den brukeren var «deres». Men for å få effektiv tverrfaglighet gikk flere, og helst tre av teamet inn til bruker, «flere blir involvert». For å få en tverrfaglig oppstart på planleggingen av rehabiliteringsopplagene var to på første hjemmebesøk. De erfarte at å arbeide tverrfaglig krevde tid og kunne føles litt mer u-effektivt enn å jobbe alene. En ble avbrutt og fikk ideer fra de andre. «Men på lang sikt er det jo mer effektivt, for vi får til mer på kortere tid». Med forskjellige yrker så de tjenestemottakerne på litt forskjellige måter. Det bidro til å oppnå resultater der fire til seks uker med rehabilitering førte til mindre avhengighet og økt selvstendighet hos tjenestemottakerne.

De arbeidet flerfaglig. Alle i teamet kunne gjøre kartlegging og andre rehabiliterings-oppgaver. Men yrkesmessig vektla de likevel ulike ting. Eksempler var det fysioterapeuten som la vekt på individuelt tilpassede treningsprogram og var

nøye med øvelsene, men gjorde de samme oppgavene som de andre. Et annet eksempel var sykepleieren som hadde et særlig ansvar for medisiner og behandling og «sånne ting», men som gjorde de samme oppgavene som de andre. Flerfaglighet som følge av læring og opplæring hadde ført til at alle gjennomførte kartlegginger hos tjenestemottakerne: «Kartlegging er jo teknikk». Alle kunne alle arbeidsoppgavene; de kunne arbeide flerfaglig.

Som tverrprofesjonelt team hadde de til felles en tenkning om å bygge på hverandres kunnskap som ressurser for rehabiliteringen: «Det med å dele av kunnskapen, være raus med kunnskapen i stedet for å sitte på hver sin tue». Det var spennende å arbeide ut fra denne tenkningen; «vi er jo åpen for det, spiller egentlig på det. Det er jo det ideologien er bygd på. Det er ressursen vår». Å ha ulike perspektiver og arbeide sammen for felles å nå tjenestemottakernes mål anså de som viktig: «Vi jobber jo felles mot brukerens mål. Og alle har det samme budskapet. Alle sier det samme. Forsterker budskapet. Så det er litt med å stå sammen».

Teamet hadde etablert trygghet på hverandre og hverandres kompetanse: «Det er en trygghet i gruppa som gjør at det ikke er noen interne behov for profesjonskamp. Det skjer jo overhodet ikke. Og det tror jeg er alfa og omega». Alle i teamet vektla betydningen av at de fortsatt måtte øve. Kartleggingsarbeidet var fortsatt krevende. Noen ganger kunne de føle at de mislyktes, men oftest klarte de kartleggingen «ganske bra». Under kartleggingen skulle de tenke vurdering ut fra flere skalaer med tallrekker fra en til ti, noe flere ikke var vant til: «Dette er vanskelig». De måtte også øve på å snakke forståelig med en språkbruk som tjenestemottakerne forsto: «Å øve har vi blitt gode på. Det kommer ikke av seg selv». Man spør ikke eldre damer om hobbyer: «Hvilke hobbyer har du da? - 'Jeg har et liv!'».

## SAMHANDLING OG INFORMASJONSFLYT

Andre tjenester og pårørende trengte kunnskap om rehabiliteringstjenesten. Teamet så betydning av tjenester de samarbeidet med, ikke bare hadde kjennskap til tenkningsgrunnlaget for hverdags-rehabilitering, men fikk et eierforhold til rehabiliteringstenkningen. Det gjaldt særlig omsorgstjenestene: «Det er jo det med å involvere sonene. De er samarbeidspartnere. De må få et eierforhold til tanken, være med litt og utforme og». Hjemmesykepleien var viktig, og teamet samarbeider godt med dem, og følte at de snakker samme

språk som dem.

Fastlegene hadde det derimot vært en utfordring å få god samhandling med. «Det er ofte enveiskommunikasjon». En teknisk utfordring var at teamet kunne sende e-melding til lege, men teamet kunne ikke svare på e-post. «Vi gir ofte gode rapporter og en ordentlig kartlegging, som egentlig burde vært til nytte for dem. Men, det er lite tilbakemelding om det».

Samarbeid omfattet også pårørende. Det var viktig at pårørende støttet opp om rehabiliterings-prosessene. «Pårørende kan noen ganger være en utfordring». Teamet kan bli utfordret på opplegget, og da var gjennomdrøftinger i teamet viktig for å stå sammen om faglige argumenter.

Andre rehabiliteringsprofesjoner kunne se hverdagsrehabilitering som en konkurrent; «jeg ble litt overrasket over det». De som jobber med «ren fysioterapi eller ren ergoterapi jobber jo mer alene. Vi jobber litt annerledes. Vi er som et troll med fem hoder». Informasjon om deres måte å arbeide på, anså de som viktig for å få forståelse om tjenesten.

Vaktmesterordningen var en annen samhandlingspart. Å få hjelpemidler raskt på plass var fortsatt en utfordring: «I forhold til å få ut hjelpemidler har det vært veldig tregt nå også». Hverdags-rehabilitering hadde ikke ført til økte aktivitetsbehov i vaktmestertjenesten. Dersom hverdagsrehabilitering ikke var etablert ville brukernes behov likevel vært der. Forskjellen ville være at andre bestilte utstyr og vaktmestertjeneste. Utfordringen med tjenestene hadde følgelig ikke sammenheng med etablering av hverdagsrehabilitering i seg selv, mente teamet.

Dokumentasjon og informasjonsflyt var teamet opptatt av at skulle fungere. Internt i teamet hadde teamet utviklet system for å dokumentere rehabiliteringsvirksomheten: «Jeg synes det er litt artig med sånne verktøy som vi lager oss selv da, at vi lager oss maler og strukturer og system på det vi har nedskrevet, så vi kan gå til det og se». Det at prosjektet utviklet og videreutviklet systemer syntes å være en suksessfaktor som de fortsatt var opptatt av: «Det er noe som hele tida må evalueres. Og stadig kommer du på noe nytt. Og så må du revidere det, men det er jo det som blir prosjektet. Å finne sånne verktøy som fungerer. Det er jo det som er litt av jobben vår, også. Å finne gode rutiner.» Som eksempel var dokumentasjonssted i journalsystemet sett som en utfordring etter to måneders utprøving. Nå hadde de funnet en ordning: «Nå har vi forandret på det, så nå skriver vi på sammendrag i stedet for å skrive på sammenfatningen. Sammendrag er åpent for alle».

IPLoS skåringene mente de gav lite presis informasjon.



Om en person greide å vaske gulrot, smøre på maten, og ta ut av oppvaskmaskina selv, så vistes det ikke på IPLOS scoren. Derfor var det viktig å dokumentere at det var lite utslag på IPLOS, men vedkommende hadde hatt framgang, «og skrive konkret om endringene».

Teamet sikret informasjonsflyt ved å gi beskjeder utenom dokumentasjonssystemet

«Leser hjemmesykepleien det vi har skrevet, og leser fysio-/ergoterapien det vi har skrevet? Det er der utfordringen ligger. Hvis det er noe du vil at hjemmesykepleien skal vite, må det håndskrives i en «blå-bok». Det må skrive «se rapport hverdagsrehabilitering» hvis det er noe vi synes er viktig at de leser. Hvis ikke må vi inn og si det muntlig. - Men klart, går de inn på dokumentasjonssystemet får de oversikt og ser hva som er gjort».

Det juridiske og det praktiske samarbeidet ble sikret ved bruk av både formelle og uformelle systemer:

«Vi dokumenterer for å skrive alt som er gjort slik at det skal være juridisk korrekt. Men vi bruker ikke det som arbeidsverktøy for å utveksle informasjon mellom tjenestene». ... «Det fungerer greit det (systemet i hjemmesykepleien). Det er hjemmesykepleien som har den blåboka. Det er et system som de har ordnet seg, og som fungerer. Viktige beskjeder blir skrevet inn der. De beskjedene må alle lese».

## SYNSPUNKTER OM UTVIDELSE AV TJENESTEN

Utvidelse av tjenesten var blitt nevnt for teamet. De undret om en utvidelse av teamet kunne endre tryggheten og teamets kvalitetsarbeid. De frykter å miste nærkontakten og tryggheten teamet hadde etablert dersom det skulle utvides med flere personer. De hadde et lite kontor, og mente det ikke var plass for flere på kontoret. Men de ønsket ikke at teamet skulle deles. Da foreslo de heller opprettelse av et nytt team. De mente de hadde utviklet en rehabiliteringsmodell og arbeidsform med fokus på kvalitet og som hadde gitt gode resultater. Denne suksessen ønsket de at skulle vedvare. Ble suksessen truet ved utvidelse? På en annen side var det positivt at ledelse og politikere så viktigheten av det de gjorde. Dessuten var prosjektleder en viktig og «god motor foran på laget».

For teamet var det kvalitet og riktige tjenester til tjenestemottakerne som var styrende. De var glade for tallene som viste effekt av hverdagsrehabiliteringen, noe som også hadde en positiv økonomisk side. Gevinst ble oppnådd gjennom

fokus på kvalitet. Å spare var ikke et tema. De hadde erfart reduksjon på tjenester for de fleste tjenestemottakerne. Men noen kunne trenge økning av tjenester. Et eksempel var en pasient som trengte mer oppfølging av en ustabil diabetes. Effektivitet var til enhver tid å tilby hensiktsmessige og riktige tjenester. For å bli mer produktive trengte teamet bil og nytt kontor, heller enn utvidelse av teamet. Med bil kunne de jobbe raskere og rekke mer. Teamet ønsker gode rammevilkår for derved å yte enda mer effektiv tjeneste. De mente de var nytenkende og hadde erfaringer av å fungere godt som gruppe. På det punktet ønsker de stabilitet.





## OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Teamet gav informasjon om tre parallelle prosesser:

4. Team-bygging og samarbeidspraksis
5. Modellutvikling og utprøving
6. Samhandling, dokumentasjon og informasjonsutveksling.

Funn viser at Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering var funksjonell; den gav funksjonalitet i rehabiliteringsarbeidet internt i teamet. Det gjensto utfordringer i å kvalitetssikre samhandling.

Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering innebar satsing på:

- Teambygging fra og med planleggingsfasen
- Verdiforankring og integrering av felles verdier
- Person- og ressursfokus med involvering av tjenestemottaker
- Identifisering av individuelle mål og rehabiliteringsbehov
- Planmessighet og evaluering av tjenester
- Å kombinere yrkesspesifikt ansvar, primærkontakt og oppgaveoverlapping.

Kvalitetsfokus og kombinasjonen av faktorene i Stjørdalsmodellen fremtrer som suksessfaktorer. Kombinasjonen var funksjonell for å tilby hverdagsrehabilitering med individuell tilpassing ut fra tjenestemottakernes behov. Alle henvisninger ble vurdert. De fleste ble inkludert. Noen hadde behov for andre tjenester eller informasjon om ulike tilbud i kommunen. De ble ikke inkludert i hverdagsrehabiliteringsopplegget. Inkluderte tjenestemottakere oppnådde forbedret fungering og tilpassing av tjenester ut fra individuelle behov.

### PERSONFOKUS VAR GRUNNLEGGENDE

Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering hadde basis i et personsentrert tanke sett (Constand m.fl. 2014; Pelzang 2010). Det er grunnleggende i hverdagsrehabilitering der fokus er på mennesket og dets ressurser, hverdagsmestring og deltakelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a; Tuntland & Ness 2014). Tjenestemottakerens rehabiliteringsmål gav retning for teamets planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsopplegg på 4 til 6 uker. Tjenestemottakerne hadde en aktiv rolle, noe som er relevant for ivaretagelsen av pasientsikkerhet, pasientmedvirkning (empowerment) og maktoverføring til tjenestemottakerne (Coulter 2012; Lackie og Bisett 2013; Vincent og Coulter 2002). Forskning på hverdagsrehabilitering understreker at når tjenestemottakere formulerer egne rehabiliteringsmål, bidrar det til positive holdninger til hva som er viktig og riktig for personen (Stavanger kommune 2013).

### SUKSESS GJENNOM KVALITETSFOKUS OG FELLE VERDIGRUNNLAG

Kvalitet på tjenesten var overbyggende fokus for rehabiliteringsteamet. De satte ord på en felles visjon, noe som bidrog til å forme og tydeliggjøre rehabiliteringsmodellens verdigrunnlag. Forskning har vist at felles verdigrunnlag er viktig for å lykkes med målretta gruppe-samarbeid (Stensaasen og Sletta 1996; Dovidio, Gaertner og Kawakami 2003; Brataas og Haugan 2009). Verdigrunnlaget var styrende for teamets indre prosess med utvikling og utprøving av rehabiliteringsmodellen. Verdigrunnlaget var til hjelp for å holde fokus.

### SUKSESSFULL KOMBINASJON AV PRIMÆRKONTAKT, INTERAKTIV- OG FLERFAGLIG TVERRFAGLIGHET

Tverrfaglig (eller tverrprofesjonelt) samarbeid er grunnleggende for å lykkes med hverdagsrehabilitering (Ness 2014). Teamet benyttet en kombinasjon av primærkontakt, interaktiv- og flerfaglig tverrfaglighet. Denne kombinasjonen var en suksessfaktor som særpreger Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering. Kombinasjonen gir funksjonalitet og fremmer deltakernes målsetting, prosess og hverdagsmestring. Modellen vektlegger pasientsikkerhet og kvalitet ved å integrere ulike yrkesgruppers kompetanse for å møte

den enkelte bruker sitt rehabiliteringsbehov. Den gir dessuten fleksibilitet internt i teamet, noe som høyner teamets funksjonalitet i utøvelse av samlede oppgaver. Kombinasjonen innebærer at yrkesspesifikk kompetanse benyttes målrettet i personfokuseret målsetting og planlegging av rehabiliteringsopplegg, samtidig som alle yrker kan alle oppgaver, og en primærkontakt (yrkesuavhengig) har oppfølgingsansvar for den enkelte tjenestemottaker. Denne samarbeidsmodellen var erfart å være suksessfull. En gjennomtenkt løsning med flere mål for samarbeidet synes å være en suksessfaktor ved Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering. Teamet ønsket å etablere interaktivt tverrprofesjonelt samarbeid, noe som innebærer involvering av alle yrkesgruppene i samarbeid om felles mål (Brataas og Furunes 2012). Gjensidig respekt for individuelle og yrkesmessige ulikheter, felles verdipreferanser, åpenhet i diskusjoner og felles fokus på kvalitet, var preferanser for interaktive samarbeidsmodell. Denne ble kombinert primærkontakt og yrkesoverskridende samarbeid. Når roller, ansvar og oppgaver deles uten hensyn til profesjonell tilhørighet skaper dette fleksibilitet i gjennomføringen av teamets oppgaver. Det reduserer også sårbarheten mht sykdom eller annet fravær i teamet. Primærkontakten har ansvar for oppfølging av den enkelte tjenestemottaker sin rehabiliteringsprosess.

#### PROSESSLEDELSE, ANSVARSTILDELING OG MAKT TIL AKTIV HANDLING

Ledelse og rammer for prosjektet gav forutsetninger for å lykkes. Prosjektleder var oppfattet som en støttende «motor» for utviklings- og utprøvningsvirksomheten, hvor selve utviklingsarbeidet var overlatt til team-medlemmene. Suksess ved en slik ordning støttes teoretisk av organisasjonsteoretikeren Peter Senge (2010). Han hevder at en ledertenkning som fremhever de ansattes egen omtanke for oppgaver de har fått, er en kraftfull faktor i endringsarbeid. Prosjektledelse kan her forstås som å lede teamets indre empowerment-prosess (Askheim 2007; Brataas og Haugan 2009). Ansatte fikk gjennom ansvarstildeling «frie tøyler» i utvikling av opplegget, og makt til aktiv handling.

## UTFORDRINGER

Utfordringer som fortsatt var aktuelle etter åtte måneders utprøving hadde sammenheng med kontekstuelle rammevilkår, og anbefales vurdert:

- Systemer for informasjonsutveksling og samhandling med andre tjenester er til dels uhensiktsmessige, og anbefales vurdert. Dokumentasjonssystemer bør gi tjenesteutøvere relevant tilgang til pasientopplysninger.
- Kontorlandskapet er uhensiktsmessig for samtale når andre gjør individuelt arbeid
- Tjenestebil savnes. Bil anses å kunne høyne teamets kapasitet.

## ANBEFALINGER

Modellens suksessfaktorer anbefales videreført.

Resultatene kan tyde på at modellen har funksjonalitet gjennom effektive behovstilpassede tilbud til tjenestemottakere. Det kan muligens gi positiv økonomisk effekt, men gevinstrealisering er ikke undersøkt i prosjektet. Mer forskning anbefales her.

Dersom hverdagsrehabiliteringstjenesten skal utvides i kommunen, anbefales vektlegging av teambygging på slik måte at nyansatte får eierforhold til den verdiforankrede Stjørdalmodellen for hverdagsrehabilitering.

Det trengs mer kunnskap om kvalitet på kartleggingspraksis, samhandling og dokumentasjon. Det trengs også kunnskap om brukerperspektiver på denne rehabiliteringsmodellen.




## REFERANSER

- Askheim OP (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I: Askheim, O.P. og Starrin, B. (red.). Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dovidio JF, Gaertner SL, Kawakami K (2003) Intergroup contact: The past, present, and future. *Group Processes and Intergroup Relations*; 6(1): 5-21.
- Fagermoen MS, Lerdal A (2011) Teoretiske modeller for læring og mestring. I: Lerdal A og Fagermoen MS (red.) Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 17-37.
- Brataas HV, Furunes KA (2012) Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I: Brataas HV (red.): Sykepleiepedagogisk praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 223- 238.
- Brataas, H.V. og Haugan, N. (2009). Ansatte perspektiver på tverrfaglighet. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*; 5(2): 30-45.
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M (2014) Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*; 19 (14):271. doi: 10.1186/1472-6963-14-271.
- Coulter A (2012) Patient engagement: What works? *J Ambulatory Care Manage*; 35(2): 80-89.
- Guba E, Lincoln Y (1989) Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications.
- Graneheim UH, Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 105-112.



- Hellesø NS, Brataas HV (2012) Kvalitetsutvikling med fokus på pasientforflytning og ansattes helse. Nordisk sygeplejeforskning; 2(3): 232-242.
- Helsedirektoratet (2009). IPLOS- veileder. Rettleiar for personell i kommunale helse- og sosialtenester (IS1112). Helsedirektoratet, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) Meld. St. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) Meld. St. nr. 47 (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Norges offentlige utredninger NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lackie R, Bisett L (2013) The power of home rehabilitation: a single case study. International Journal of Therapy and Rehabilitation; 19(12) DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.12.697>
- Lepelge A, Gzil F, Cammelli M, Pachoud B, Ville I (2007) Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disabil Rehabil; 5;29(20-21):1555-65.
- Lindøe PH, Mikkelsen A, Olsen OE (2002) Fallgruver i følgeforskning. Tidsskrift for samfunnsforskning; 2: 192-217.
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven). [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) [lokalisert 24.01.11].
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven). [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) [lokalisert 24.01.11].
- Ness NE (2014) Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I: Tuntland H og Ness NE (red.)

- Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 118-137.
- Patton, M Q (2015) *Qualitative evaluation and research methods. Integrating theory and practice.* 4th ed. Newbury Park London: Sage.
- Pelzang R (2010) Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing (BJN)*;19(14): 911-917.
- Senge PM (2010) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization.* Utgiver: Random House
- Skau GM (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.* Tilgjengelig på: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Stavanger kommune (2013) *Evaluering av pilotprosjekt hverdagsrehabilitering.* Stavanger kommune, Avdeling oppvekst og levekår.
- Stensaasen S, Sletta O (1996) *Gruppeprosesser. Læring og samarbeid i grupper.* Oslo: Universitetsforlaget.
- St. Olavs Hospital (2012) *COPM.* <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Undersoekelser-og-vurderingsredskap/Vurderingsredskap-C-F>, lastet ned 09.03.12.
- Tuntland H (2014) *Hvem har nytte av hverdagsrehabilitering? I: Tuntland H og Ness NE (red.) Hverdagsrehabilitering.* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 53-61.
- Vincent CA, Coulter A (2002) Patient safety: What about the patient? *Qual Saf Health Care*;11:76-80 doi:10.1136/qhc.11.1.76
- Wikman AM, Föltholm Y (2005) Patient empowerment in rehabilitation: "Somebody told me to get rehabilitated". *Advances in Physiotherapy*; 8(1): 23-32.



Rapporten omhandler planlegging og åtte måneder utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering. Stjørdal kommune har fra og med 01.09.2014 et toårig prosjekt med utprøving av hverdagsrehabilitering i et omsorgsdistrikt. Foruten prosjektleder er tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, omsorgsarbeidere med videreutdanning i rehabilitering og sykepleier engasjert i prosjektet. Rapporten fokuserer teamets erfaringer og løsninger på samarbeid, planlegging og utprøving av rehabiliteringsmodellen.

Metode: Undersøkelsen har karakter av følgestudie om teamets erfaringer fra planleggingsfasen, første utprøvningsfase (to måneder) og en seks måneders fase med videre utprøving av rehabiliteringsmodellen. Data ble samlet i fokusgruppeintervjuer med rehabiliteringsteam og prosjektleder etter to måneders utprøving og åtte måneders utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering.

Resultater: Tema var «Teambasert virksomhetsutvikling» i planleggingsfasen, «Målrettet modellutprøving» i fasen med oppstart og to måneder utprøving, og «Verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering» i neste fase.

Konklusjoner: Teambygging, verdiforankring, fokus på person, mål og forløp, samt kombinasjonen av yrkesspesifikt ansvar, primærkontakt og oppgaveoverlapping i teamet fremtrer som suksessfaktorer ved Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering.