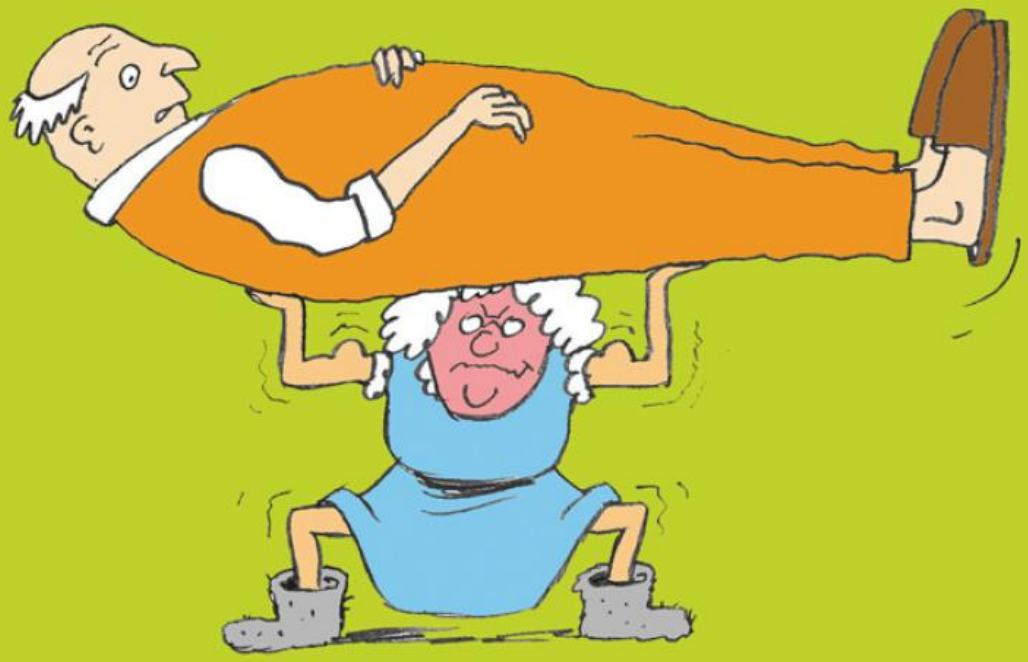
Selvstendig, trygg og aktiv



Evaluering av pilotprosjekt
Hverdagsrehabilitering

STAVANGER KOMMUNE
AVDELING OPPVEKST OG LEVEKÅR
AUGUST 2013

LEVE HELE LIVET

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Bruk av hele helse- og omsorgstrappen, ble høsten 2010 vedtatt som ett av ti prioriterte omstillingsprosjekt i Stavanger kommune. I forbindelse med revisjon av «Omsorg 2025» ble det beskrevet en grunntanke om å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at den i langt større grad støtter eldre mennesker i å leve sitt eget liv med høy grad av egenomsorg. Stavanger kommune har med denne bakgrunn de siste årene utviklet en ny aktiv eldresatsing, prosjektet «Leve HELE LIVET». Hverdagsrehabilitering er en del av dette.

Tiltak: Hverdagsrehabilitering handler om systematisk og tverrfaglig å rette tiltakene mot de nye brukerne som kommer i kontakt med helse- og sosialkontoret. Den enkelte brukers ressurser støttes i stedet for å tilby kompenserende og passiviserende tiltak. Når brukerne får hverdagsrehabilitering får de et skreddersydd rehabiliteringstilbud, et "ytelsessjokk". Brukerne setter sine egne mål for rehabiliteringen. Fysioterapeut/ ergoterapeut/ sykepleier veileder og tilrettelegger for aktiviteter sammen med en hjemmetrener. Hjemmetrener gir hverdagsrehabilitering i en periode på 4 uker, med mulighet til forlengelse ved behov. Utprøvingen av Hverdagsrehabilitering startet i Madla bydel 1.november 2012 og ble avsluttet 30. april 2013.

Metode: For datainnsamling og dataanalyse er kvalitative og kvantitativ metoder benyttet. Kvalitative data ble samlet inn gjennom individuelle intervjuer av ni brukere. Videre ble to fokusgruppeintervjuer med ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam og ansatte ved Madla helse- og sosialkontor foretatt. I tillegg ble det foretatt individuelle intervjuer av de lederne som har vært involvert i pilotutprøvingen. Data etter registrerte målinger fra funksjonstesten «Timed up and go» (TUG) ble analysert ved hjelp av statistiske metoder.

Resultater: 34 brukere har fått hverdagsrehabilitering i pilotperioden 1.november 2012 til 30.april 2013. Disse fikk i snitt 22 timer hverdagsrehabilitering hver. Brukerne opplever brukerstyring, forutsigbarhet og tett oppfølging som viktige faktorer for god rehabiliteringsprosess. Ansatte trekker frem eierskap og stolthet over prosjektet. Det rapporteres om gode pasientforløp, et godt faglig løft mot felles måleverktøy og fokus på hverdagsrehabilitering. Å jobbe tverrfaglig mot brukers mål og få selvstendige brukere trekkes spesielt frem. TUG er utviklet for å si noe om eldres balanse, gange og eventuelt risiko for fall. Resultater etter pilotprosjektet viser til en betydelig funksjonsforbedring for de fleste brukerne.

Konklusjon: Evalueringsrapporten kan vise til gode resultater for brukerne som har deltatt i pilotprosjektet. Det er foretatt kvalitative og kvantitative undersøkelser. Brukergruppen har blitt løftet til et betydelig bedre funksjonsnivå etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Ansatte opplever eierskap til prosjektet, er stolte av utviklingsarbeidet som er gjort, resultatene man har oppnådd og hvordan hverdagsrehabiliteringen presenteres i Stavanger kommune. De opplever å komme nær bruker og ser brukere bli mer selvstendig med denne måten å jobbe på.

SAMMENDRAG 1
1. INNLEDNING 3
1.1 PILOT HVERDAGSREHABILITERING 4
1.2 MÅLGRUPPE OG UTVALG 4
1.3 ARBEIDSPROSESSENE 5
1.4 KOMPETANSEHEVING 5
1.5 EVALUERING AV PILOTPROSJEKT 6
2. KUNNSKAPSGRUNNLAG 7
2.1 HVERDAGSREHABILITERING 7
2.2 ELDRES HELSE OG FUNKSJON 7
3. MATERIALE OG METODE 9
3.1 KVALITATIV METODE 9
3.2 KVANTITATIV METODE 10
3.3 ANALYSE 11
3.4 KOSTNADSBEREGNINGER 11
4. RESULTAT OG DRØFTING 12
4.1 RESULTAT KVALITATIV ANALYSE 12
4.2 RESULTAT KVANTITATIV ANALYSE 25
4.3 RESULTAT KOSTNAD 27
5. KONKLUSJON – BEDRE & BILLIGERE 28
6. VEIEN VIDERE 29
7. LITTERATURLISTE 31

Vedlegg 1 34

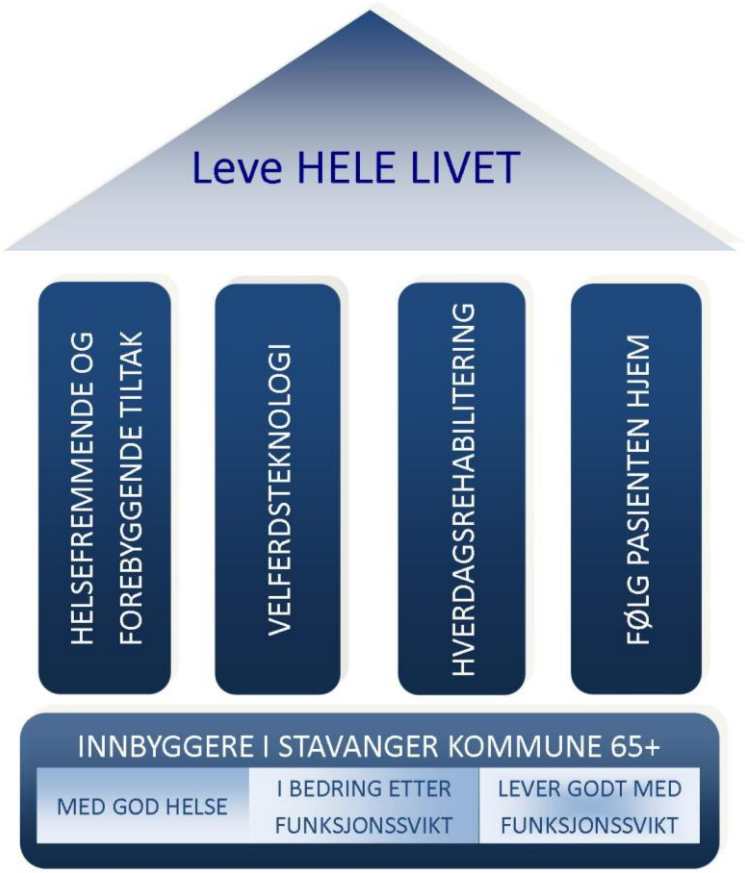
1. INNLEDNING

Sak 112/12 «Statusrapport Leve HELE LIVET» ble behandlet i kommunalstyret for levekår 12.11.2012. Konklusjonen i saken sier:

Evalueringsrapport fra utprøvingsprosjektet vil bli lagt frem for kommunalstyret for levekår i løpet av våren 2013. Rapporten vil også inneholde en plan for trinnvis videreføring av prosjektet i kommunen.

Bruk av hele helse- og omsorgstrappen ble høsten 2010 vedtatt som ett av ti prioriterte omstillingsprosjekt i Stavanger kommune. I forbindelse med revisjon av «Omsorg 2025» ble det beskrevet en grunntanke om å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at den i langt større grad støtter eldre mennesker i å leve sitt eget liv med høy grad av egenomsorg. Stavanger kommune har med denne bakgrunn de siste årene utviklet en ny aktiv eldresatsing, prosjektet «Leve HELE LIVET». Prosjektleder startet i stillingen 6. august 2012.

Hensikten med prosjekt Leve HELE LIVET er fornøyde brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk klarer seg selv, i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie. Prosjekt Leve HELE LIVET er sammensatt av fire delprosjekter som sammen utfyller hverandre og har en synergieffekt: Helsefremmende og forebyggende tiltak, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og følge pasienten hjem. Å leve trygt, selvstendig og aktivt.



***Figur 1**: Modell Leve HELE LIVET*

1.1 PILOT HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering handler om systematisk og tverrfaglig å rette tiltakene mot de nye brukerne som kommer i kontakt med helse- og sosialkontoret. Den enkelte brukers ressurser støttes i stedet for å tilby kompenserende og passiviserende tiltak. Når brukerne får hverdagsrehabilitering får de et skreddersydd rehabiliteringstilbud, et "ytelsessjokk". Brukerne setter sine egne mål for rehabiliteringen. Fysioterapeut/ ergoterapeut/ sykepleier veileder og tilrettelegger for aktiviteter sammen med en hjemmetrener. Hjemmetrener gir hverdagsrehabilitering i en periode på 4 uker, med mulighet til forlengelse ved behov.

Utprøvingen av Hverdagsrehabilitering startet i Madla bydel 1.november 2012 og ble avsluttet 30. april 2013.

1.2 MÅLGRUPPE OG UTVALG

Målgruppen for pilotprosjektet var nye brukere over 65 år fra Madla helse og sosialkontor:

- ✓ som søkte kommunale tjenester
- ✓ som hadde avsluttet tidligere tjenester men som søkte tjenester på nytt
- ✓ som har hatt tjenester fra før, men på grunn av et funksjonsfall søker nye tjenester.

Brukere med kognitiv svikt og brukere i palliativ behandling ble ikke inkludert.

Helse- og sosialkontoret ved bestillerkontoret rekrutterte deltagerne. For å sikre tverrfaglig kartlegging av brukerne ble bestillerkontoret styrket med en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Målsettingen var å rekruttere 25 brukere til pilotprosjektet. På grunn av liten rekruttering i oppstartsfasen ble også eksisterende brukere av hjemmesykepleien invitert til å delta.

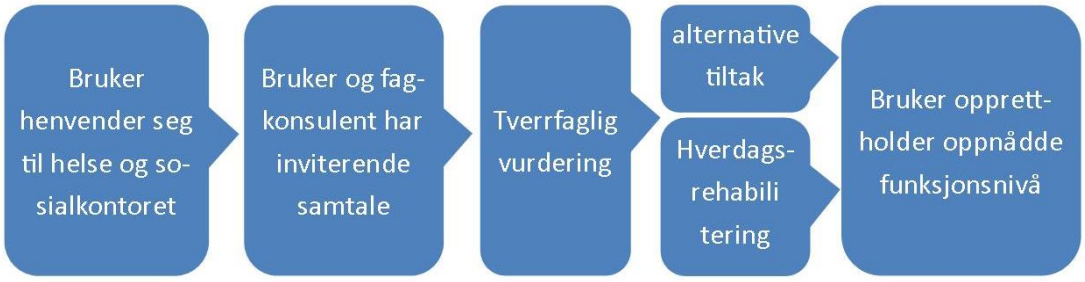
Figur 2: *Deltagere i pilot Hverdagsrehabilitering*

7 brukere ble etter vurdering av HRH- team ekskludert da de ikke møtte inklusjonskriteriene.

1.3 ARBEIDSPROSESSENE

Brukere som henvender seg til bestillerkontoret blir vurdert for hverdagsrehabilitering, direkte fra hjemmet, fra sykehus eller fra korttidsopphold i sykehjem. To fagkonsulenter i samarbeid (en terapeut og en sykepleier) gjennomfører kartlegging ved bruk av inviterende samtale i brukers hjem. Alternative tiltak blir vurdert, for eksempel fall og balansegruppe i regi av fysio – og ergoterapiavdelingen. Dersom bruker er i målgruppen og er motivert gis tilbud om hverdagsrehabilitering.

Bruker får også tilbud om en oppfølgingssamtale seks uker etter at hverdagsrehabiliteringsperioden er avsluttet. Hensikten med dette møtet er å støtte brukerne i å opprettholde sine mål.



Figur 3: *Prosess hverdagsrehabilitering*

1.4 KOMPETANSEHEVING

En forutsetning for å implementere ny metode «Hverdagsrehabilitering» er at alle har felles målbilde, felles kunnskapsgrunnlag og at ansatte bruker felles kartleggingsverktøy. Opplæring ble derfor gjennomført i rehabilitering og inviterende samtale.

REHABILITERING

I forkant av piloten deltok 33 ansatte fra helse- og sosialkontor, hjemmebaserte tjenester og fysio- og ergoterapitjenesten i en 5 studiepoengs videreutdanning i rehabilitering ved Diakonhjemmet Høgskole. Videreutdanningen inneholdt hverdagsrehabilitering, rehabiliteringens ideologi, brukermedvirkning og bruk av valide måleverktøy.

Inviterende samtale

Det første møtet mellom bruker og fagkonsulent ved helse- og sosialkontorene har avgjørende betydning for videre samarbeid. Inviterende samtaleteknikk er en metode, hvor ansatte inviterer brukere til å samarbeide om hverdagsrehabilitering. Teknikken går ut på å løfte brukers interesse for hverdagsrehabilitering, finne brukers motivasjon, håndtere hindringer ved manglende fremdrift i rehabiliteringen og opprettholde brukers engasjement etter endt rehabiliteringsperioden.
Kurs i inviterende samtaleteknikk ble holdt 1. og 2. oktober 2012 for fagkonsulenter ved Madla helse- og sosialkontor, ergoterapeuter, fysioterapeuter og ansatte i hjemmebasert tjeneste, som er involvert i hverdagsrehabiliteringen. 14 deltakere deltok på dette kurset. Deltakerne fikk i etterkant av kurset veiledning fra kursholder i praktisk bruk av metoden.

1.5 EVALUERING AV PILOTPROSJEKT

Hverdagsrehabilitering utføres av et team for hverdagsrehabilitering ved Madla hjemmebaserte tjenester (HBT). HRH-teamet er sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier og fire hjemmetrenere, hvorav to helse- og omsorgsarbeidere og to hjemmehjelpere. Sykepleier og helse og omsorgsarbeiderne er administrativt organisert ved Madla HBT, ergoterapeut, fysioterapeut ved fysio- og ergoterapitjenesten og hjemmehjelperne ved Stavanger hjemmehjelp. Hverdagsrehabiliteringsteamet blir pr i dag ledet av avdelingsleder i hjemmesykepleien.

I denne saken legges frem evalueringsrapport for pilotprosjektet Hverdagsrehabilitering

Evaluering av hverdagsrehabilitering inneholder beskrivelse av mål og tiltak. Hensikten med evalueringen er todelt:

1. Undersøke om hverdagsrehabilitering har hatt planlagt effekt for brukerne, for ansatte og for kommuneøkonomien.
2. Identifisere faktorer som er viktig for implementering av hverdagsrehabilitering i hele Stavanger kommune.

Evalueringen består av tre deler: En kvalitativ evaluering basert på individuelle intervju med brukere, og fokusgruppeintervju og individuelle intervju av ansatte og ledere som har deltatt i prosjektet. En kvantitativ evaluering som sammenligner data før og etter hverdagsrehabilitering. Den tredje delen er en økonomisk evaluering basert på beregninger av kostnader til hverdagsrehabilitering i forhold til kostnader ved tildeling av tradisjonelle hjemmebaserte tjenester.

2. KUNNSKAPSGRUNNLAG

2.1 HVERDAGSREHABILITERING

«Længst muligt i eget liv» (LMEL) startet i 2008 i Fredericia kommune i Danmark. Bakgrunnen for prosjektet var de samme tre hovedutfordringene som Stavanger kommune står ovenfor: utgifter til helse- og omsorgtjenester øker sammen med økning av brukers forventninger, samtidig som tilgang på arbeidskraft går ned. Hovedtanken i prosjektet er at tiden for funksjonssvikt utsettes. Når bruker oppsøker helse- og sosialkontoret på grunn av funksjonssvikt får de et godt tverrfaglig tilbud, et ytelsessjokk. Modellen for hverdagsrehabilitering i Stavanger kommune bygger på modellen fra Fredericia.

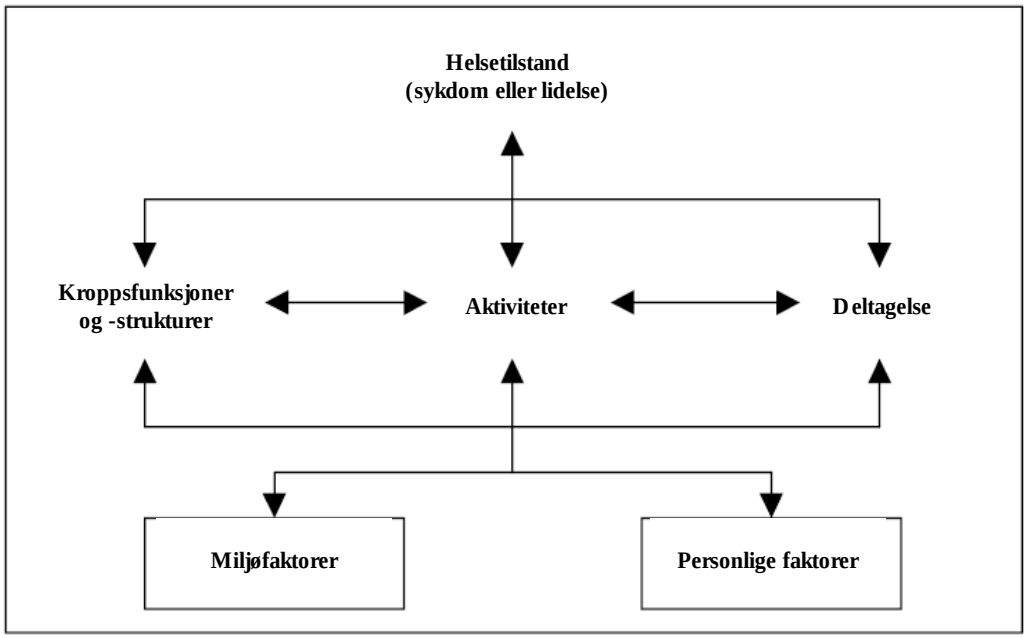
Figur 4: *Organisering av pilotprosjekt hverdagsrehabilitering med ansattes hovedoppgaver.*

De positive effektene av fysisk aktivitet er allment kjent, likeså de negative følgene av inaktivitet. Sykdom som tilskrives alderdommen skyldes ofte manglende bruk av kroppen, men forskning viser at det er mulig for mennesker over 60 år å utsette tid for funksjonssvikt. Ved enkle metoder kan vi med andre ord bidra til å utsette funksjonssvikt, og dette er kjernen i tanken bak Hverdagsrehabilitering. Jo færre adferdsrisikofaktorer eldre mennesker har, jo mindre blir risikoen for funksjonssvikt og dødelighet. En følgestudie viser sammenhengen mellom livsstilsrisikofaktorer og god helse fortsetter inni 90 årene. (Chakravarty et al., 2012) Det er med andre ord aldri for sent!

2.2 ELDRES HELSE OG FUNKSJON

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemninger og helse, ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) (Cieza & Stucki, 2008), der funksjon og funksjonshemning ses ut fra en biopsykososial modell (figur 5). Ut i fra denne modellen er funksjon et samlebegrep for kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktivitet og deltagelse. Funksjonshemming er avvik/begrensninger på disse områdene. ICF er et kartleggingsverktøy som kan gi et godt grunnlag for å se på begrensninger og betydningen av disse fordi man beskriver personen i en kontekst. En målsetting for å utarbeide et slikt system var å

etablere et felles språk for å kunne beskrive funksjon og funksjonshemming, og å etablere en vitenskapelig basis for å forstå og undersøke konsekvenser av helsemessige forhold. ICF har lært oss å tenke på ulike nivåer, fra individ til samfunnsnivå



Figur 5: *ICFs teoretiske modell.*

Dette innebærer at en må kjenne til hvor og med hvem den enkelte skal fungere, og hvilke krav aktiviteter på de ulike arenaene stiller. Nøkkelen til løsning ligger i kombinasjon av tiltak i forhold til personens funksjon og mestring, og tilrettelegging av aktiviteter og omgivelsene

Brukere som mottar hverdagsrehabilitering har begrensninger både på kroppsfunksjonsnivå og på aktivitets- og deltagelsesnivå. De ulike målemetodene som er benyttet i studien omfatter kartlegging av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer og sammenfaller således med ICF.

Fysisk funksjon

Fysisk aktivitet og trening er viktig for eldres fysiske kapasitet og funksjon. Ved 80-årsalder er muskelstyrken vår halvert (Spirduso, 1995). Konsekvensene kan bli at mange opplever problemer med å klare hverdagens krav som å gå i trapper, reise og sette seg, får nedsatt balanse og redusert gangfunksjon. Det er godt dokumentert at trening av styrke og balanse kan snu denne utviklingen (Helbostad, 2004). En systematisk oversiktsartikkel viser at fysisk trening har flere gunstige effekter, blant annet reduseres risiko for Alzheimers sykdom. Resultatene i studien viser en signifikant sammenheng mellom fysisk trening og en redusert risiko for å utvikle vaskulær demens. Videre konkluderer studien med at det er bevis som støtter hypotesen om at det er sannsynlig at fysisk aktivitet kan hindre utvikling av demens og kan være forebyggende for cerebrovaskulær sykdom (Aarsland et al., 2010).

Aktivitet og deltagelse

Redusert fysisk funksjon påvirker eldres aktivitetsnivå og deltagelse i samfunnet. Aktive eldre har bedre livskvalitet, er mindre deprimerte og lever lengre. En norsk studie har vist at sosial deltakelse er en viktig faktor for å forstå ensomhet og depresjon (Thorsen & Clausen, 2008). Vi kan ikke nøye oss med å behandle på funksjonsnivå, men bidra til at brukerne kan delta i aktiviteter i sine omgivelser. Forventninger og ønsker om brukernes aktivitet og deltagelse er kartlagt i studien.

3. MATERIALE OG METODE

3.1 KVALITATIV METODE

Kvalitative data ble samlet inn gjennom:

1. Individuelle intervju brukere
2. Fokusgruppeintervju med ansatte og individuelle intervju av ledere.

Individuelle intervju med brukere

For evalueringsrapporten har vi intervjuet 9 brukere, av disse er 7 kvinner og 2 menn. Gjennomsnittsalder var 79,5 år, gjennomsnitt dager med Hverdagsrehabilitering: 38,75. Det ble foretatt 7 individuelle dybdeintervjuer og 1 lite gruppeintervju sammen med to brukere.

Det ble laget en semistrukturert intervjuguide. Hovedtema for intervjuguiden tok utgangspunkt i plan for evaluering av pilotprosjektet. Hovedtema var:

- ✓ Opplevelse av inviterende samtaleteknikk
- ✓ Opplevelse av COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- ✓ Opplevelse av å sette egne mål for rehabiliteringsprosessen
- ✓ Opplevelse av tett oppfølging av et hverdagsrehabiliteringsteam
- ✓ Opplevelse av å lage plan for opprettholdelse av funksjon

Deltakerne ble tilfeldig utvalgt fra en liste over de brukerne som har hatt eller har hverdagsrehabilitering i pilotperioden (1. November- 30. April 13). Det ble gitt informert samtykke muntlig ved oppmøte til intervju. Individuelle intervjuer ble foretatt hjemme hos bruker. Dette ble gjort av hensyn til bruker og deres hverdag. I tillegg ble det enklere for å få til en avtale om intervju. Gruppeintervjuet ble foretatt ved Madla Hjemmebaserte tjenester som bisto med egnet møterom. Hvert intervju varte fra 35- 75 minutter. Totalt 4 timer og 7 minutter intervjumateriale er transkribert ordrett. Datamaterialet er anonymisert slik at brukere ikke vil kunne bli identifisert. Totalt 88 transkriberte sider ble benyttet i analysearbeidet. Materialet ble analysert og systematisert i 5 hovedkategorier.

Fokusgruppeintervju av ansatte og individuelle intervju med ledere

To fokusgruppeintervju ble gjennomført i evalueringen:

1. Bestillerkontoret ved Madla helse – og sosialkontor med følgende deltagere: fagkonsulenter, fagleder, ergoterapeut, fysioterapeut og samhandlingskoordinator.
2. Hverdagsrehabiliteringsteamet ved Madla hjemmebaserte tjenester med følgende deltagere: ergoterapeut, fysioterapeut, helse – og omsorgsarbeider, hjemmehjelper og sykepleier.

Individuelle intervju ble gjennomført med virksomhetsledere fra; Madla hjemmebaserte tjeneste, fysio og ergoterapitjenesten og Stavanger hjemmehjelp, i tillegg til fagleder ved bestillerkontoret og leder av teamet for hverdagsrehabilitering.
Totalt ble 20 ansatte og ledere intervjuet. Hvert intervju varte i 45-60 minutt og samtalene ble tatt opp og transkribert. Materialet ble analysert og systematisert og sammenfattet i 4 hovedgrupper og 13 temaer.

3.2 KVANTITATIV METODE

Kvantitative data er målbare data som ble samlet inn ved hjelp av ulike måleinstrumenter og analysert ved hjelp av statistiske metoder.

Demografi

Demografiske data som ble registrert var alder og kjønn. Det ble registrert henvisningsinstans og om brukeren var ny eller allerede mottok hjemmebaserte tjenester, i tillegg ble start- og sluttdato for hverdagsrehabiliteringstjenesten registrert.

COPM

COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) er en metode utviklet for å beskrive og måle brukerens egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter. Det egner seg godt for å kartlegge og evaluere rehabiliteringsløp. Modellen bygger på WHOs biopsykososiale modell. Sentralt i modellen står brukersentrert praksis. Dette betyr at man forstår mennesket i en kontekst. Modellen innebærer et intervju hvor hovedhensikten er å bli kjent med brukeren, og at brukeren beskriver sine aktivitetsproblem. Dette gir et grunnlag for å bli enig om mål og tiltak. Brukeren gir seg selv en skår (tallfestes) i forhold til hvor store problemer man har med å utføre aktiviteten. Dette gjøres på nytt ved avsluttet intervensjon, og man kan måle effekt av tiltak.

COPM er tatt i bruk i mange land og oversatt til mer enn 20 språk, deriblant norsk. Det er brukt i forbindelse med hverdagsrehabilitering i de fleste danske kommuner, deriblant i Fredericia.

Timed Up and Go (TUG)

TUG er utviklet for å si noe om eldres balanse, gange og eventuelt risiko for å falle (Podsiadlo & Richardson, 1991). Testen måler tiden det tar for å reise seg opp fra en stol med armlener, gå tre meter, snu, gå tilbake til stolen, snu og sette seg ned. TUG er en mye brukt test både nasjonalt og internasjonalt for å si noe om skrøpelige eldres mobilitet. Når TUG brukes for å måle endring mellom to ulike måletidspunkt slik vi har gjort i denne studien, må endringen være på over 3,6 sekunder for at vi kan si at den er reell (med 95 % sannsynlighet).

Bergs Balanseskala (BBS)

BBS er utviklet som en oppgaveorientert test for å måle balanse hos eldre (Berg et al., 1989). Testen består av 14 deloppgaver som hver gis en skår mellom 0 (kan ikke utføre oppgaven) og 4 (ingen problemer med utførelsen). Maksimalskåre er 56 poeng. I følge Donoghue & Stoke (2009) er en endring på minimum 4 poeng nødvendig for å være 95 % sikker på at det er en reell forandring dersom pasienten skårer mellom 45 og 56 poeng på BBS (36). De mener videre at man må ha 5 poeng mer ved skår mellom 35 og 44 og 7 poeng mellom 25 og 34.

3.3 ANALYSE

Kvalitativ analyse

For analysen ble det viktig å finne frem til brukers og ansattes opplevelser av hele hverdagsrehabiliteringsprosessen. Det vil si at en fenomenologisk tilnærming er benyttet for å finne brukers livsverden og opplevelser. Alle intervjuene ble foretatt før transkriberingen og analysen startet.

Kvantitativ analyse

Analyser av kvantitative data ble gjort med Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows. Det ble valgt å gjøre statistiske analyser for en av de kvantitative målemetodene; TUG. Årsaken er at denne metoden sier oss noe om brukerens balanse, ganghastighet og generelle funksjon (Podsiadlo & Richardson, 1991). Den er rapportert å ha god validitet, på lik linje med Bergs balanseskala, som er en annen målemetode benyttet i piloten. Den tredje målemetoden COPM er mer et kartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i brukerens egne aktivitetsønsker, og som gir et godt grunnlag for den videre rehabiliteringsprosessen.

3.4 KOSTNADSBEREGNINGER

Målgruppen for hverdagsrehabilitering var først og fremst nye brukere som søkte kommunale pleie og omsorgstjenester. På grunn av liten rekruttering i oppstartsperioden ble noen brukere som allerede mottok kommunale tjenester også invitert til å delta.

Kostnader ved hverdagsrehabilitering versus tradisjonelle pleie og omsorgstjenester er beregnet for de brukerne som avsluttet hverdagsrehabilitering uten behov for ytterligere tjenester; 15 nye brukere og 3 brukere som var tjenestemottakere ved oppstart. Pris for hverdagsrehabilitering (kr. 715 pr time) pris for hjemmesykepleie (kr. 633 pr time), og pris for hjemmehjelp (kr 444 pr. time) er brukt i beregningene.

Kostnader nye brukere

Erfaring fra kommunens bestillerkontor tilsier at nye brukere ville fått de tjenestene som de søkte om, dersom de ikke deltok i pilotprøvingen. I evalueringen er alle disse søknadsskjemaene gjennomgått. Behov for tradisjonelle pleie og omsorgstjenester er vurdert og beregnet i forhold til

vedtatt tidsnorm, se vedlegg 1. Med denne bakgrunn er det regnet ut en potensiell årlig kostnad av de tjenestene brukerne hadde fått dersom disse ikke hadde deltatt i pilotutprøvingen

Kostnad eksisterende brukere

Brukere som allerede hadde tjenester da de startet i pilotutprøvingen har detaljerte vedtak om pleie og omsorgstjenester. I evalueringen er disse vedtakene gjennomgått og danner grunnlag for kostnadsberegning.

4. RESULTAT OG DRØFTING

4.1 RESULTAT KVALITATIV ANALYSE

Det er identifisert 5 hovedkategorier ut fra de individuelle intervjuer med deltakere i Hverdagsrehabilitering i Madla bydel. Disse har hatt og har betydning for brukerne som har deltatt i pilotprosjektet Hverdagsrehabilitering i Madla bydel.

Hovedkategori	Underkategori
Holdningsendring	Teaminvolvering Aktivitetsbegrensning Aktivitetsmåling
Målsetting	
Aktivitetsutførelse	Aktivitetstilpasning Kvalitetssikring
Mestring	Måloppnåelse Funksjonsforbedring Motivasjon
Livskvalitet	Verdighet Familieinvolvering Fremtidsfokusering

***Tabell1**:Skjematisk fremstilling av hoved og underkategorier fra analysen av brukerintervju*

Hver av disse kategoriene vil herunder bli presentert. Sitater fra intervjuene vil bli benyttet for å styrke utsagn om funn.

HOLDNINGSENDRING

Det var flere forhold som fikk ringvirkning for hvordan brukers egne holdninger til egen helse endret seg i hverdagsrehabiliteringsprosessen. Den første endringen skjedde allerede ved den inviterende samtalen sammen med fagkonsulenter og terapeuter fra Helse- og Sosialkontoret på Madla. I denne samtalen fikk brukerne informasjon om hva hverdagsrehabilitering var og hva dette innebar for den enkelte. Allerede her så brukerne at det var et behov for å delta slik at man kunne gjøres i stand til å opprettholder funksjon eller bli selvhjulpen. Brukerne opplevde å få en bekreftelse på hvor viktig det var for dem å holde seg i aktivitet og ikke, som en bruker uttrykker; *"stivne hen"* i sofaen. Hovedfokuset i samtalen bidro til at brukerne opplevde at Hverdagsrehabilitering var den *"rette*

hjelpen" slik at de kunne bli bedre og holde seg aktive lenger i eget hjem og eget liv. Brukers egen målsettingsformulering har bidratt til at brukerne har endret holdninger for hva som er viktig og riktig for dem å bidra med for å bedre og eller å opprettholde aktivitetsnivå.

> *«… følte jeg satte meg inn, jeg følte meg lenger og lenger vekk, så bare det å komme seg ut har vært et av målene…»*

> *«… jeg var kry i går, men jeg har jo gått rundt der før, men akkurat i går da følte jeg meg ikke så god heller, for jeg har kjent det i ryggen og beina at de ikke var med, men jeg tenkte skit i, jeg har mobilen med meg så kan jeg ta kontakt og ringe hvis jeg må…»*

> *«… så kom de og informerte meg da om forskjellig, og det hørtes veldig interessant ut, så jeg takket ja til det…»*

Når brukere har hatt hverdagsrehabiliteringsteamet hjemme hos seg en stund opplevde de enda sterkere at dette var den rette hjelpen; *"jeg skulle ha gjort dette tidligere".* Brukerne som har blitt intervjuet har alle laget planer for hvordan de skulle opprettholde egen helse og eget aktivitetsnivå i etterkant av hverdagsrehabiliteringen. Flere av brukerne utfordret seg selv til å gjøre aktiviteter som de ikke hadde gjort på en stund eller som de hadde avskrevet som en mulig aktivitet å gjennomføre. Det ble viktigere for dem å holde seg i aktivitet og ta vare på egen helse slik at de kunne leve hjemme så lenge som mulig.

Teaminvolvering

Brukerne opplevde teamets involvering i deres rehabiliteringsprosess som nødvendig og nyttig. Teammedlemmene ble personer de ble fortrolige med. De kunne snakke sammen med hjemmetrenerne mer åpent om egen helse enn med deres egne familiemedlemmer. Det var viktig at det var noen som kom hjem til dem. På den måten opplevde brukerne at det ble enklere å sette i gang rehabiliteringstiltak og at det ble mer forståelig for dem.

> *«… at det skulle komme noen hjem til meg, istedenfor at jeg skal gå dit… det er en fantastisk fordel…»*

> *«… jeg blir ikke så redd når de er her... de passer på meg, jeg tør mer…»*

Brukerne ga også tilbakemelding om at det var enklere å sette i gang når det var noen som kunne *«dytte i riktig retning».* De forklarte at det ikke var enkelt å komme i gang på egen hånd.

Aktivitetsbegrensning

I utgangspunktet er brukerne vant med å forklare hvilke aktivitetsbegrensninger de opplever. Til nå har dette utløst en rekke tjenester for å kompensere for denne begrensningen. Aktivitetsbegrensningen blir snudd fra; hvilke tjenester kan dere gi for å hjelpe meg- til å tenke at dette skal jeg klare, ikke la meg bli begrenset, jeg har flere muligheter enn jeg selv trodde før jeg fikk hverdagsrehabilitering.

«… først var det at jeg søkte om å få noen til å vaske for meg, for jeg trodde ikke jeg skulle kunne klare det, men så sa jeg etter at de hadde snakket med meg, så sa jeg ja til dette for det hørtes så greit ut… at jeg skulle få gymnastikk og sånn, for det var jo det jeg trengte…»

«… da sa jeg jo at jeg skulle være med på dette, for det følte jeg at jeg trengte… de fikk meg jo opp på beina igjen…»

Det fremkommer i datamaterialet at flere brukere opplever å få et behov for hverdagsrehabilitering etter at de har hatt en inviterende samtale sammen med Helse- og sosialkontoret. I samtalen bevisstgjøres den enkelte bruker hva deres ønsker og behov for hverdagsrehabiliteringsprosessen er. Disse ønskene og behovene får en sterk tilknytning til de målene brukerne selv setter når bruker møter HRH- teamet for første gang.

Aktivitetsmåling

Hverdagsrehabiliteringsteamet benyttet seg av ulike måleredskaper for å undersøke brukers fremgang, stabilitet eller tilbakegang i aktivitetsutførelse. Resultatene motiverte flere av de intervjuede brukerne.

«… ny test for å se hvor mye bedre jeg var blitt… kjenner det både på pust og alt at jeg har blitt så mye bedre, så det har gjort meg godt… nå lager jeg middag, steller alt og gjør vanlig husarbeid hele veien og da føler jeg at jeg er i aktivitet… jeg er imponert…»

Opplevelsen av endret holdning er i så måte ikke uttrykt i ord men i handling hos de fleste brukerne. Det å se resultatet og forbedringen svart på hvitt bidro således til at brukerne fikk større tro på egen aktivitetsutførelse og stolte mer på mulighetene for å kunne klare selv.

MÅLSETTING

Det var av stor betydning for den enkelte bruker å være involvert i egen målsettingsprosess. En viktig suksessfaktor for måloppnåelse var brukerens egne beskrivelser av hvilke aktiviteter som var viktige i deres liv på tidspunktet for oppstart og gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Alle brukerne som deltok i pilotprosjektet fikk følgende spørsmål: *Hva er dine viktigste aktiviteter i livet ditt nå?*

Spørsmålet har bidratt til at brukerne har kunnet formulere sine egne mål lettere enn dersom man valgte å formulere spørsmålene på en annen måte. I intervjuene ble noen av deltakerne spurt: *Hvilke mål satte du deg for hverdagsrehabiliteringen?* Brukerne mente selv at de *«ikke hadde satt seg noen spesielle mål»*, at de *«ikke skulle ha for store forventninger til seg selv».* Når brukerne ble spurt om «*hvilke aktiviteter som var viktige for dem*» nå, kom følgende svar fra flere av brukerne:

- ✓ *Jeg ville komme meg ut, utenfor huset.*
- ✓ *Jeg ville klare å kle meg selv.*
- ✓ *Jeg ville være selvhjulpen.*

- ✓ *Jeg ville klare å lage maten min selv.*
- ✓ *Jeg ville handle maten min selv.*
- ✓ *Jeg ville bli mer sosial.*
- ✓ *Jeg ville delta i diskusjonsgrupper.*
- ✓ *Jeg ville delta som frivillig.*

Alle disse utsagnene representerer viktige hverdagsaktiviteter for noen av brukerne.

Målsettingsprosessen opplevdes som vanskelig for brukerne. Det kan ha ulike grunner. En kan være at brukerne i større eller mindre grad forventer at fagpersonen skal lage målene for dem. En annen grunn kan være at brukerne ikke forstår hva som blir kommunisert. Med det menes at dersom brukerne ikke forventer at de skal sette seg mål for rehabiliteringen vil det heller ikke være naturlig for dem å gjøre det.

Hovedhensikten med målsettingsprosessen er å finne frem til de ressursene brukerne har. Den beste måten dette gjøres på er å la bruker selv bestemme hva målene skal være. For å få dette til, har vi erfart i piloten, at det er viktig med den rette «sjargongen» og de rette formuleringene på spørsmålene som blir stilt den enkelte bruker. På denne måten forstår bruker hva og hvordan deres rehabiliteringsprosess kommer til å bli. Hverdagsrehabilitering handler om å kartlegge og tilrettelegge for at den enkelte bruker skal kunne mestre sin hverdag. Brukerne vil i tillegg kjenne seg igjen i egne beskrivelser av målområder for rehabiliteringsprosessen, dette fikk konsekvenser for hvordan prosessen ble for den enkelte.

AKTIVITETSUTFØRELSE

Hverdagsrehabilitering handler om å hente frem de ressurser en bruker besitter, for å gi dem mulighetene for å kunne mestre sin hverdag på sin måte. Tiltakene som utføres tar utgangspunkt i hvilke aktiviteter som er viktig for den enkelte bruker. Når brukerne snakker om aktivitetsutførelse handler dette mye om hvordan de opplever å gjenvinne muligheten for å bli selvhjulpen i hverdagen. I tillegg handler aktivitetsutførelsen i stor grad om evnen HRH- teamet tilrettelegger aktivitetene og tiltakene mot brukers egne mål. Datamaterialet viser aktivitetstilpasningens betydning for hvor god utførelsen blir, og hvor godt bruker når sine mål.

Aktivitetstilpasning

Brukerne opplever å få aktivitetene tilpasset i forhold til målene de har satt opp i sin rehabiliteringsplan.

> *«… jeg har en veldig høy bil og med hjelp av en plastikkpose så kunne jeg snu meg… det løsnet veldig mye for meg... nå slipper jeg å sette meg med baken først, nå kan jeg bare slenge inn benet. Du merker det ikke, men kjenner at jeg har blitt sterkere…»*

Brukerne blir observert i gjennomføringen av de ulike aktivitetene, på den måten kan aktiviteten tilpasses brukers funksjonsnivå.

Kvalitetssikring

Hjemmetrenerne får veiledning av et tverrfaglig team i utførelse av ulike hverdagslige aktiviteter sammen med bruker. Veiledningen ble gitt i forhold til målene som er satt for hverdagsrehabiliteringen. Under veiledningen blir tiltakene sjekket og kvalitetssikret slik at utførelsen gjøres så korrekt som mulig. Dette oppleves som en trygghet for brukerne.

> *«… det jeg trengte var at en hjemmetrener så på meg når jeg gikk ut og inn av dusjen, at hun var sikker på at jeg kunne klare det … jeg slet med å komme meg ut og inn av sengen ikke sant, alt har nå falt på plass, det er veldig bra altså…»*

> *«… hjemmetrenerne var nøye med gjennomføringen… hun var med hele veien. Hun var her hver dag, bortsett fra helligdagene, veldig bra… og så var det jo kjempefint at de kom til samme tid…»*

> *«… det å føle seg trygg og sikker så blir man tøffere… det meste var opp til meg, det var mye klamring rundt omkring, men jeg hadde folk foran og bak meg hele tiden, da ble jeg mye tøffere og modigere. Når du har proffe folk rundt deg så slapper du bedre av og tør mer…»*

HRH- teamet la opp til at det var de samme hjemmetrenerne som kom hjem til bruker hver gang. Brukerne opplevde dette som en trygghet og fortalte at de også fikk *«følelsen av å bli litt mer prioritert».* Det å slippe å vente, at hjemmetrenerne kom til det tidspunktet som ble satt opp var viktig. Veiledning, forutsigbarhet og sikring av aktivitetsutførelse bidro til økt kvalitetssikring i rehabiliteringsprosessen.

MESTRING

I denne sammenheng handler mestring om hvordan den enkelte bruker mestrer sin hverdag. Mestring av hverdagsaktiviteter handler om å være selvhjulpen. For disse utvalgte brukerne er det å bli selvhjulpen spesielt viktig.

> *«… jeg har klart meg selv, det er det beste, og det vil vi jo…»*

Måloppnåelse

Funnene viser at sannsynligheten for at bruker når sine mål har økt når de får hverdagsrehabilitering. Dette henger sammen med at bruker i langt større grad definerer hvilke mål som skal nås enn tidligere. Ønske om og motivasjon for å nå målene bli større med brukerstyring. Funnene viser også tydelig en opplevelse av stolthet ved å nå målene.

> *«… de fant ut at jeg hadde kommet meg etter det de kunne måle. Dette gir jo inspirasjon til å fortsette…»*

> *«… jeg gikk på tur for første gang på lenge til Remaen, det er tungt, det er ikke langt men det er tungt, det er en bakke opp og den var hard, men jeg skyndte meg når jeg gikk hjemover… du kjøper jo litt mer enn planlagt…»*

> *«… å klare seg selv syns jeg er voldsomt viktig…»*

Funksjonsforbedring

Brukerne opplever en funksjonsforbedring både fysisk og psykisk. Dette har bidratt til økt gjennomføring av hverdagsaktiviteter og sosial deltakelse. Videre opplever brukerne at det er lavere terskel for å gjennomføre aktiviteter de tidligere var usikre på om de kunne klare å gjennomføre. I tillegg øker omfanget av mengde aktivitet etter avsluttet intensiv periode med hverdagsrehabilitering hos de fleste deltakerne i datamaterialet.

> *«… ikke bare det fysiske de hjalp meg med, psykisk veide og veldig stort… god hjelp både fysisk og psykisk…»*

> *«… vi går tur nesten hver eneste dag, en halvtime… det er uten trafikk, så setter vi oss på en benk der borte og har oss en appelsin eller pære eller noe sånt noe, slik at vi er ute i frisk luft nærmere en halvtime vanligvis…»*

> *«… hadde en søster på besøk og da sa jeg at nå tar vi bussen, og det gikk jo veldig greit, så da var det gjort, både av og på…»*

> *«… jeg føler jeg fungerer slik som før, jeg gjør det jeg gjorde før, jeg føler ikke at jeg er satt tilbake… det sosiale betyr veldig mye for meg…»*

Motivasjon

Funnene viser at brukerne blir motivert av HRH- teamet som er tett på dem i en begrenset og intensiv periode. HRH- teamets meninger om deres aktivitetsutførelse bidrar til økt motivasjon; *«… jeg pustet og peste litt i begynnelsen, men jeg holdt ut, jeg gikk en time og de skrytte av meg at jeg var flink…»*. Brukerne opplever å få en støtte i teamet slik at de tør mer enn om de skulle klare dette på egen hånd. Flere har uttrykt at de ville nok ikke klart dette på egenhånd, det ville tatt for lang tid, eller de ville ha blir mer hjelpetrengende. Motivasjonen har økt i takt med mestringen av de ulike aktivitetene i hverdagsrehabiliteringen. Funnene viser også at brukerne opprettholder motivasjonen til å fortsette treningen etter at HRH- teamet har avsluttet «ytelsessjokket» hjemme hos bruker. Brukerne har gjerne fått et treningsprogram eller de har selv satt opp en plan for hvilke aktiviteter de skal gjennomføre etter avsluttet rehabilitering. Brukerne har blitt mer klar over konsekvenser av inaktivitet, dette bidrar til økt motivasjon for å opprettholde deres nyervervede aktivitetsnivå.

> *«… du kaver jo for å klare deg selv, det er jo det som er vitsen… helsa har jo vokst og blitt bedre, men jeg vil si det den gymnastikken, den sitter fast, om det ikke er så mye så er den der hver morgen, det og er godt, det hadde jeg jo heller ikke begynt med hvis ikke jeg hadde fått den oppstarten…»*

> *«… vi forsøker å holde vedlike, ikke noe nevneverdig bedring, men liksom det å reise seg opp så så mange ganger, opp til 8 til 20 ganger, det er ikke verst, så det er vi fornøyde med…»*

For å kunne opprettholde en god motivasjon slik at gjennomføringen ble realistisk viser funnene her at brukerne opplever å sette realistiske mål som viktig.

«… så det å holde det noenlunde vedlike oppover, nå som vi begynner å nærme oss 90, så må vi ikke stille for store krav til oss selv…»

LIVSKVALITET

Funnene viser at for de fleste brukerne oppleves en bedring av deres livskvalitet. Brukerne har fått bedret sitt funksjonsnivå, er mer motivert til å fortsette med ulike hverdagsaktiviteter og sosial deltakelse. Brukerne er mer fokusert på hvilke aktiviteter som er viktig for dem og planlegger nye mål for fremtiden. Disse målene jobber brukerne med på egenhånd. I tillegg opplever flere brukere hvor viktig det er å få støtte fra familien.

Verdighet

Verdighet eller bedret livskvalitet går tett i hverandre. For brukerne handler verdighet og livskvalitet om mulighetene til å kunne klare aktiviteter selv som vi andre tar som en selvfølge.

«… kunne ikke vært foruten for jeg tror ikke jeg hadde vært sånn som i dag, nei jeg tror ikke det, da tror jeg det bare hadde gått nedover, jeg fikk livsgnisten tilbake…»

«… jeg skal få tilbake livet, tilbake til det jeg var, jeg kan ikke sitte her, jeg liker å være sammen med mennesker, jeg liker å prate…»

«… det betyr jo alt, det betyr at jeg kommer tilbake igjen, jeg tror aldri det hadde gått så bra om jeg skulle ha gjort alt selv… jeg vil bestemme over meg selv det er jo meg som bestemmer, det er jo ingen andre…»

Familieinvolvering

For de brukerne som har nær tilknytning til sin familie er deres involvering viktig. Familien oppleves som brukers *«heia gjeng»* og en støtte i hverdagsrehabiliteringsprosessen. For dem som hadde familie i nærheten ble det å gå tur til dem en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Rehabiliteringen fikk både et fysisk og et sosialt aspekt.

«… jeg har et barnebarn som har hjulpet meg med å trene og bøye og alt dette her, var så stolt at det ikke var måte på… men jeg er veldig fornøyd…»

Fremtidsfokusering

Brukerne retter blikket fremover og setter seg nye mål de ønsker å oppnå. Målene de setter seg er realistiske satt ut fra deres opplevelse av eget funksjonsnivå.

«… jeg ville ikke vært foruten for det har gitt meg mot for fremtiden liksom…»

«… det er en ting jeg har satt meg som mål, jeg har lyst til å lage en skikkelig kjøttsuppe med hvite boller…»

Funn fra fokusgruppeintervju med ansatte og individuelle intervju med ledere

Dette avsnittet handler om funn fra fokusgruppeintervjuene med ansatte og individuelle intervju med ledere. I analysen ble meningsbærende enheter identifisert og sammenfattet i 13 tema, som videre ble kategorisert i fire hovedgrupper.

HOVEDGRUPPE	TEMA
1. Målgruppen	1. Nye brukere 2. Eksisterende brukere
2. Arbeidsprosesser	3. Inviterende samtale 4. Samhandling 5. Tverrfaglig samarbeid 6. Rutiner 7. Ledelse
3. Resultat	8. Brukere 9. Ansatte 10. Virksomhetene
4. Veien videre	11. Eierskap 12. Innspill til implementering 13. Risikofaktorer

***Tabell 2**:Skjematisk fremstilling av hovedgruppe og tema for analyse av ansatte- og lederintervju.*

HOVEDGRUPPE - MÅLGRUPPEN

Målgruppen for hverdagsrehabilitering i Stavanger kommune var nye brukere over 65 år, som henvender seg til helse og sosialkontoret. Brukere i terminal fase og brukere med kognitiv svikt inngår ikke i utvalget. I oppstartsfasen var det vanskelig å finne nok aktuelle brukere, derfor fikk en del eksisterende brukere i hjemmesykepleien tilbud om hverdagsrehabilitering.

Tema 1 Nye brukere

Hverdagsrehabiliteringsteamet erfarte at noen av de nye brukerne ikke kunne nyttiggjøre seg hverdagsrehabilitering; dette gjelder brukere med psykiske lidelser, begynnende kognitiv svikt og/eller KOLS i stadium 4.

Utfordringen for brukere med begynnende kognitiv svikt var at bestillerkontoret ikke kunne identifisere om brukerne var aktuelle i løpet av en samtale. Når først brukerne har mottatt tilbud om hverdagsrehabilitering er det vanskelig å avbryte prosessen. Brukere med psykiske lidelser har spesielle utfordringer, fordi de har behov for tiltak over lengre tid, og fordi de trenger mer støtte for å opprettholde sitt nye funksjonsnivå, enn andre brukere. Brukere med langt kommet KOLS har utfordringer på grunn av at hyppige sykehusinnleggelser ofte lager avbrudd i planlagte tiltak. Det er derfor viktig å gi tilbud om hverdagsrehabilitering til KOLS pasienter i en stabil fase, slik at de kan nyttiggjøre seg tilbudet uten avbrudd.

Hverdagsrehabilitering er et omfattende tverrfaglig tilbud, ofte omtalt som et ytelsessjokk. For noen brukere vil et enklere tilbud være bedre. Eksempelvis brukere som kun har behov for å trene på å komme inn og ut av seng etter en operasjon, eller brukere som vil profitere både sosialt og fysisk på balansetrening i gruppe.

Tema 2 Eksisterende brukere

Både tilbakemelding fra brukerne og statistikken viser at de som allerede er tjenestemottakere av hjemmesykepleie har hatt god effekt av hverdagsrehabilitering. Denne gruppen brukere krever en annen tilnærming enn nye tjenestebrukere. Følgende utsagn fra en av deltagerne i fokusgruppen beskriver hvorfor disse brukerne krever en annen tilnærming:

> *«.. de som har hatt tjenester, de vil nok, men de har mange lag de må gjennom før de klarer å drive seg selv. De som inntil nylig har vært selvhjulpne… har en «egendrive» som ligger mer oppi overflaten, så det er mye lettere for dem i forhold til de som så gjerne vil, men de får det ikke til fordi det er en livsstilsendring som skal til i større grad.»*

HOVEDGRUPPE- ARBEIDSPROSESSEN HVERDAGSREHABILITERING

Arbeidsprosessen i hverdagsrehabiliteringen skiller seg fra andre måter å jobbe først og fremst fordi det er brukers egne mål som er styrende for arbeidet. Prosessen omfatter også nye kunnskapsbaserte metoder, som for eksempel kartleggingsverktøy og strukturert tverrfaglig samarbeid. Følgende fem tema kom frem i kategori arbeidsprosesser; *inviterende samtale, samhandling, tverrfaglig samarbeid, rutiner og ledelse.*

Tema 3 Inviterende samtale

Alle informantene ved bestillerkontoret hadde gode erfaringer med den nye metodikken inviterende samtale (IS) og anbefalt at denne tas i bruk ved alle bestillerkontor i Stavanger kommune. Grunnen til dette er at metodikken er et verktøy til å holde ressursfokus gjennom hele førstegangssamtalen med bruker, og for å støtte brukerne til selv å delta aktivt i eget liv. En av informantene oppsummerte erfaringene slik:

> *«IS er en teknikk hvor du skal endre fokuset først og fremst vekk fra sykdom og hva du ikke får til og til ressurser og muligheter og hva du faktisk klarer. Slik at når vi går derifra er det ikke bare det du ikke får til som vi har snakket om men om ressurser. Brukerne snakker jo også mye til seg selv og når vi får de til å sette fokus på egne ressurser og muligheter, så skaper det noe i seg selv også i sine egne tanker om seg selv. Det er viktig at vi er bevisst på det alltid når vi er i kontakt med brukerne våre».*

Tema 4 Samhandling

Hverdagsrehabilitering handler om rask oppstart og intensiv innsats, noe som krever god organisering og logistikk. For brukerne er godt samarbeid og koordinering avgjørende for å komme raskt i gang med hverdagsrehabilitering.

Erfaringer fra piloten viser at pasientflyten i oppstarten var preget av uforutsigbarhet på grunn av stor variasjon i antall brukere og behov. HRH-teamet opplevde også manglende robusthet fordi omsorgsarbeiderne og sykepleier jobbet i turnus, med fridager før og etter helg.

Fagkonsulentene forteller at daglige møter med samhandlingskoordinator ved bestillerkontoret har bidratt til god samhandling og rask oppstart av hverdagsrehabilitering hos bruker som kommer hjem etter sykehusopphold. I tillegg har denne samhandlingen bidratt til at brukernes har mindre behov for tilleggstjenester.

For å holde god flyt i pasientstrømmen og for å unngå flaskehalser er det viktig at HRH-team har tilstrekkelig ressurser og er organisert på en slik måte at nye brukere slipper å stå på venteliste. Strukturerte møter mellom « bestiller og utfører» har bidratt til godt samarbeid omkring pasientstrømmen.

Tema 5 Tverrfaglig samarbeid

Samarbeid mellom ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, helse- og omsorgsarbeider og hjemmehjelper er avgjørende i gjennomføring av hverdagsrehabilitering.

I pilotperioden har både bestillerkontoret og HRH-teamet sett nytten av å se bruker «med forskjellige briller», og på den måten lære av hverandre.

Deltagerne i HRH-teamet forteller at de forskjellige faglige perspektivene fører til store diskusjoner om hvordan oppgavene best løses. Teamet etterlyser derfor en leder som kan ta beslutninger på tvers av faggruppene. I pilotperioden har uenighetene blitt taklet på en god måte, fordi arbeidsmiljøet har vært godt og på grunn av et sterkt felles ønske om et godt resultat.

Tema 6 Rutiner

For å redusere sårbarheten har HRH-teamet organisert det administrative arbeidet i ansvarsuke som rullerer mellom alle deltagerne i teamet. Den som har ansvarsuke har blant annet ansvar for å registrere nye brukere å utarbeide og å følge opp planer og lede teammøter.

For å sikre faglig kvalitet og for å gjennomføre tester, samarbeider alltid to fagpersoner i vurdering og evaluering. Brukers problemstilling er avgjørende for hvilke fagpersoner (ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier) som samarbeider, og hvem som har hovedansvar for bruker.

Tema 7 Ledelse

Rehabilitering handler om tverrfaglig jobbing for å nå brukers mål om å kunne delta aktivt i samfunnet: fysisk, psykisk og sosialt. Prosjekt hverdagsrehabilitering i Stavanger kommune er nybrottsarbeid fordi det først og fremst er brukers egne målsettinger og egne aktiviteter i hverdagen som bidrar til et godt resultat. Denne nye måten å jobbe på stiller krav til ledelse som, til en viss grad, skiller seg fra andre avdelinger innen levekårsområdet. Viktige oppgaver for leder er å etablere strukturer for samarbeid på tvers av faggruppene, og å støtte og verdsette de forskjellige faggruppene likt. Erfaringer fra ansatte i pilotperioden fortalte at «*veien blir til mens vi går»* og derfor blir krav til fleksibilitet og evne til motivasjon spesielt viktig. Leder må holde fokus og «trøkket» på jobben som skal gjøres. Fagområdet rehabilitering skiller seg fra pleie og omsorg, og leder for HRH-teamet må derfor ha kompetanse innen rehabilitering. Andre viktige lederegenskaper i forbindelse med implementering av nye måter å jobbe på, er lojalitet og tro på prosjektet.

HOVEDGRUPPE- RESULTAT

Alle informantene ble spurt om de så resultat av hverdagsrehabilitering for brukere, for ansatte og for økonomien i egen avdeling. I denne hovedgruppen *resultat* er tilbakemeldingene derfor analysert og kategorisert i temaene *bruker, ansatte og virksomhetene.*

Tema 8 Brukere

Både bestillerkontoret og HRH-teamet fortalte om fornøyde brukere, og brukere som får utsatt sitt hjelpebehov. Tilbudet er også blitt så godt kjent at nye brukere etterspør hverdagsrehabilitering i kontakt med tjenesteapparatet. Også eksisterende brukere opplever resultatet stort og deltagere i prosjektet forteller at en forholdsvis liten egen innsats har stor betydning for livskvalitet.

Tema 9 Ansatte

Faglig sett har hverdagsrehabilitering påvirket hele bestillerkontoret positivt. Rehab-skolen ved Diakonhjemmet høgskole i forkant av pilotprosjektet høsten 2012 bidro til viktig og god fagutvikling innen rehabilitering for alle deltagerne. Alle prosjektdeltagerne forteller at hverdagsrehabilitering er en helt ny måte å jobbe på. Ledere ved bestillerkontoret forteller at fagkonsulentene nå oftere tenker opptrening og forebygging før hjelpetiltak.

Lederne i hjemmesykepleien i Madla HBT hadde store forventninger om at innføring av hverdagsrehabilitering skulle bidra til at ansatte i mindre grad jobbet i «hjelpefellen». Lederne fortalt i intervju at dette i liten grad har skjedd og at mye arbeid gjenstår før en ny måte å jobbe på er introdusert til hele hjemmesykepleien.

Sykepleier, fysioterapeut og helse og omsorgsarbeider opplever ikke fagspesifikk utvikling, men utvikling fordi de lærer om andre fagområder, ser sammenhenger og lærer å veilede brukere i å klare seg selv. Dessuten forteller ansatte om gode opplevelser i å finne den enkeltes motivasjon til å ta ut sitt potensial, og at tverrfaglighet gjør at arbeidet sammen med bruker oppleves mer holistisk. Felles for alle faggruppene er at de savner mer komplekse / utfordrende problemstillinger.

I pilotprosjektet har det først og fremst vært hverdagsrehabiliteringsteamet som har jobbet tverrfaglig med å etablere og prøve ut arbeidsmodellen for hverdagsrehabilitering. Piloten har synliggjort behov for hjemmehjelpere og helse og omsorgsarbeidere inn i prosjektet. Helse og omsorgsarbeiderne forteller likevel at de savner ansvar i teamarbeidet. Hjemmehjelperne forteller at de har lært mye av å jobbe med nye faggrupper, og av å jobbe med bruker som har nye utfordringer.

Tema 10 Virksomhetene

Leder for fysio- og ergoterapiavdelingen fortalte at avdelingen har hatt et faglig løft med fokus på hverdagsrehabilitering og opplæring i bruk av felles verktøy. Både Fysio- og ergoterapitjenesten og Stavanger hjemmehjelp har hatt fokus på rehabilitering etter at pilotprosjektet startet. Rehabilitering er tema på alle fagmøtene i Stavanger hjemmehjelp, med fokus på å *«bremse servicebegrepet»*. Fysio- og ergoterapitjenesten har større fokus på opplæring og bruk av felles metodikk og felles kartleggingsverktøy.

HOVEDGRUPPE- VEIEN VIDERE

En av hovedhensiktene med evalueringen er å identifisere faktorer som er viktig for utrulling av hverdagsrehabilitering i hele Stavanger kommune. I hovedgruppen *Veien videre* er innspill som informantene vektla kategorisert i temaene: *eierskap, innspill til implementering og risikofaktorer.*

Tema 11 Eierskap

Både ansatte ved bestillerkontoret og i HRH-teamet ble invitert til å delta i prosjektet. Deltagerne fortalte at eierskap skapes når ansatte selv ønsker å jobbe i prosjektet. Informantene fortalte også at det å få utvikle noe fra starten skaper et løft og fremmer eierskap. En av deltagerne i HRH-teamet uttrykte det slik:

> *«Piloten har oppnådd bra resultat fordi det var teamet selv som bestemte hvordan dette skulle gjøres, i stedet for noen utenfra».*

I kjølvannet av prosjektet har gode historier blitt fortalt av fornøyde brukere, og hverdagsrehabilitering har fått god pressedekning. Prosjektet er også fått positiv omtale og blitt presentert på konferanser lokalt og nasjonalt. Prosjektdeltagerne fortalte at de opplever stolthet, noe som også bidrar til å skape eierskap til prosjektet.

Tema 12 Innspill til implementering

Hverdagsrehabilitering handler om raske beslutninger og rask oppstart. Rask oppstart reduserer behov for tilleggstjenester i rehabiliteringsfasen og hindrer også videre utvikling av funksjonssvikt. Informantene fortalte at organisering av tilbudet må legge til rette for dette, fleksibilitet, dimensjonering og rett saksbehandling ble nevnt i denne sammenheng.

Etablering av felles faglig plattform er beskrevet som viktig: *alle må tenke likt*. Alle fagkonsulentene må bruke samme kartleggingsmetodikk metodikk; inviterende samtale, og en fagkonsulent ved HSK bør ha et spesielt ansvar for faglig oppfølging.

Prosjektet har en sterk faglig profil blant annet ved bruk av kartleggingsverktøy og faglige metoder. Informantene fortalte at arbeidet krever et robust faglig nettverk som skapes av sterke fagpersoner som er ydmyke i forhold til andres kunnskap. Fordi ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier jobber alene innen sin faggruppe, er det en viss risiko for at disse kan miste sin fagspesifikke tilhørighet. Et av forslagene for å sikre faglig tilhørighet er å opprette stillinger hvor 80 % er i HRH- team og 20 % i fagavdelingen(for eksempel hjemmesykepleien).

Forskjellige forslag til organisering ble beskrevet i fokusgruppene og i intervjuene, eksempelvis arbeidslagsorganisering i hjemmesykepleien, tilbud til brukere med tidlig funksjonssvikt i friskgruppe i fysio- og ergoterapiavdelingen, hverdagsrehabiliteringsteam i fysio- og ergoterapitjenesten eller i Stavanger hjemmehjelp. Flere av informantene anbefalte at HRH-teamet bør ligge nær hjemmesykepleien, fordi svært mange av brukerne også vil ha behov for hjemmesykepleie.

Tema 13 Risikofaktorer

Alle informantene ble spurt spørsmålet: *Dersom utrulling av prosjektet i hele Stavanger kommune blir mislykket, hva tror du da er årsaken?* Oppsummert ble fem risikofaktorer identifisert:

1 Organisering av hverdagsrehabilitering i hjemmesykepleien

I fokusgruppen for Hverdagsrehabiliteringsteamet var det stor enighet om at en organisering som team i hjemmesykepleien, i stedet for i egen avdeling, vil være den største risikofaktor fordi hverdagsrehabilitering da *vil bli spist opp av hjemmesykepleien*.

2 Manglende ledelse

Prosjektet krever tydelig ledelse, og manglende ledelse ble holdt frem som en viktig risikofaktor.

3 Manglende fokus på brukers mål

Felles faglig plattform og felles mål for alle som er involvert i prosjektet er avgjørende. Manglende rendyrking av brukers mål som drivkraft er en risikofaktor. Herunder også fokus på å spare tid og penger, i stedet for fokus på brukers mål.

> «*Vi blir spist opp dersom vi går bort fra prinsippene, går bort fra brukes mål, for bruker må være motivert for det han faktisk vil»*

> *«Fokus må være på HRH – på brukers mål, og ikke på å avslutte så mange tjenester som mulig».*

> *«Håper de hører på oss fordi det er vi som vet hva som fungere»*

4 Manglende rekruttering

Lite og sårbart fagmiljø kan vanskeliggjøre rekruttering. Noen av prosjektdeltagerne fortalt at å jobbe med veiledning i stedet for «individuell behandling» ikke blir oppfattet som «faglig nok». Manglende interesse for å jobbe med rehabilitering kan også vanskeliggjøre rekruttering.

5 Manglende faglig kompetanse og egnethet

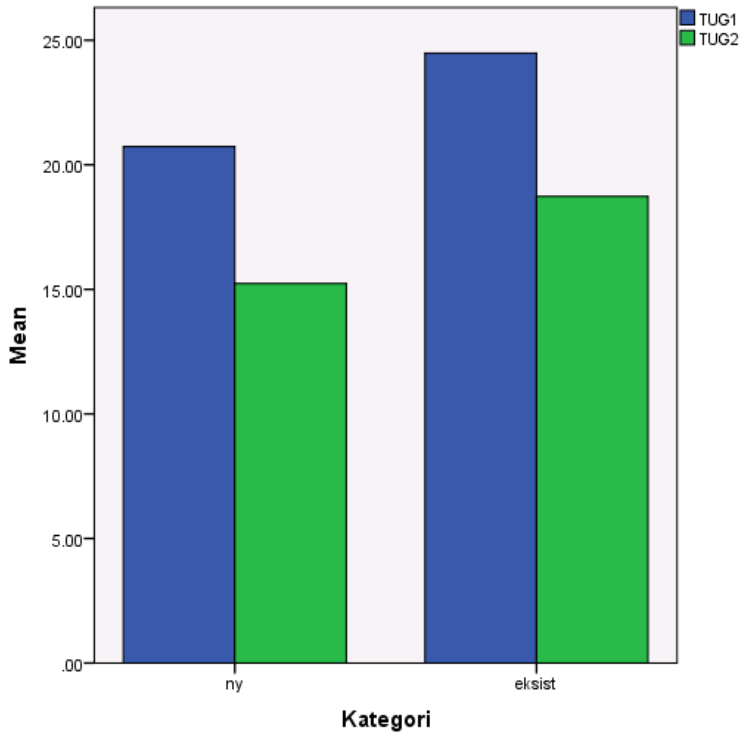
Kompetanse i denne sammenheng handler om solid faglig kompetanse blant alle ansatte fordi alle skal jobbe tverrfaglig. Dessuten er fellesfaglig kompetanse viktig, som eksempelvis rehabilitering og inviterende samtale. Like viktig som rett kompetanse er personlig egnethet og forståelse. «*Du kan ikke bare stå med hendene på ryggen å brøle».*

4.2 RESULTAT KVANTITATIV ANALYSE

De kvantitative analysene inkluderte 34 brukere med en gjennomsnittsalder på 82,4 år (variasjon mellom 65 og 93 år). Opprinnelig var 38 brukere inkludert, men 4 var ikke avsluttet ved pilotens sluttdato. 28 (82,4 %) av brukerne var kvinner. 20 var nye brukere og 14 var eksisterende brukere.

Timed up and go (TUG)

Testen sier noe om eldres gangfunksjon, balanse og risiko for å falle (Botolfsen & Helbostad, 2010). Testen ble gjort ved oppstart og avslutning av HRH. Analysene av funksjonstesten viser at det er stor variasjon i brukernes funksjonsnivå ved oppstart. Variasjonen på tidsbruk er mellom 8,60 sek og 60,25 sek, med en gjennomsnittstid på 21,9 sek



Figur 6: *Søylediagram for gjennomsnittsverdi TUG oppstart (blå søyler) og avslutning (grønne søyler). Søylene til venstre representerer nye brukere, søylene til høyre eksisterende brukere.*

Retest ved avslutning viser at variasjonen i tidsbruk er mellom 6,70 sek og 39,00 sek, med en gjennomsnittstid på 16,5 sek. Dersom hele gruppen blir sett under ett har gjennomsnittlig tidsbruk gått ned med 5,4 sek. Når TUG brukes for å måle endring mellom to måletidspunkt sier man at denne endringen må være på 3,6 sek for å være reell. Dette indikerer at man har løftet gruppen opp til et betydelig bedre funksjonsnivå (Figur 6).

Forskning har vist at grenseverdien for selvhjulpenhet ligger på rundt 20 sekund (Podsiadlo & Richardson, 1991). Samtidig sier man at pasienter som bruker over 30 sek på testen er avhengig av hjelp ved flere aktiviteter. Brukerne er derfor delt inn i tre grupper: selvstendige, obs-gruppe og ikke-selvstendige. Resultatene ved oppstart viser at 18 av brukerne kan regnes som selvhjulpne, 11 ligger i obs-gruppen mens 5 bruker over 30 sek på testen og er dermed betydelig hjelpetrengende (Tabell 3).

Ved avsluttet hverdagsrehabilitering er gruppen av selvstendige økt fra 18 til 28, obs gruppen er redusert fra 11 til 3 og gruppen som er betydelig hjelpetrengende er redusert fra 5 til 2 (Tabell 1).

	TUG oppstart Antall brukere		**TUG avslutning** Antall brukere	
Selvstendige	18	13/5	28	18/10
Obs- gruppe	11	4/7	3	1/2
Ikke Selvstendig	5	3/2	2	1/1

***Tabell 3**: Brukerne kategorisert i 3 grupper. Tallene i parentes er nye/eksisterende brukere.*

Hvilken klinisk nytte har resultatene?

Resultatene viser at det er stor variasjon i funksjonsnivå hos brukerne i pilotstudien. Ved oppstart er over 50 % (18) av brukerne selvstendige dersom vi skal legge testens cut-off verdier til grunn. Grad av selvstendighet kan likevel ikke bedømmes ut fra en fysisk test alene, men kan gi oss en indikator på brukerens fysiske funksjon. Eksisterende brukere ble også inkluderte. Disse hadde som gruppe et dårligere funksjonsnivå enn nye brukere, men hadde like stor effekt av hverdagsrehabiliteringen. Vi vet at skrøpelige eldre med et dårlig funksjonsnivå har et stort potensiale til å få et funksjonsløft dersom treningen er motiverende og blir godt tilrettelagt (Fiatarone, 1990). En funksjonstest som TUG kan være en nyttig indikator for å kartlegge hvem som står i fare for å utvikle dårlig helse og funksjon.

For å måle effekt av tiltak gjør man ofte en randomisert studie. Dette betyr at man deler brukerne i to grupper, at en gruppe får hverdagsrehabilitering og den andre gruppen får eksisterende tiltak. Denne modellen gjennomføres i Voss kommune. Dette er tidkrevende og krever større forskningsressurser. På grunn av at vår studie også omfatter eksisterende brukere, som ved hverdagsrehabilitering har fått et betydelig funksjonsløft, kan vi si at HRH har gitt en tilleggseffekt i forhold til de eksisterende tiltak. I det videre arbeidet blir det viktig å plukke ut de som egner seg til å få tilbud om hverdagsrehabilitering og de som kan klare seg med mindre omfattende tiltak, som en kort oppfølging og eventuelt et aktivitetstilbud utenfor hjemmet.

Kan gangfunksjon si noe om framtidig helse?

I en stor internasjonal studie fra 2011 fulgte forskere over 34 000 personer over flere år. Her fant de en klar sammenheng mellom ganghastighet og overlevelse (Studenski et al., 2011). Nedsatt gangfunksjon har også vist seg å være det viktigste kriteriet for å forutsi funksjonssvikt, langvarig sykehjemsopphold og skadelige fall (Rothman et al., 2008). En norsk studie publisert i 2013 hvor man har fulgt 113 friske hjemmeboende kvinner i ni år (gjennomsnittsalder på 79,5 år) viste at ganghastighet var den faktor som best kunne forutsi funksjonsfall (Idland et al., 2013).

Testing av gangfunksjon kan være nyttig for å kunne identifisere personer som er i risikosonen for negativ utvikling av helse og funksjon (Bogen et al., 2013). Derfor kan denne enkle testen, som ikke krever spesielt utstyr og kan utføres i brukerens hjem, være en god indikator både som screening og som et mål på effekt av tiltak.

4.3 RESULTAT KOSTNAD

Kostnad tjenestetilbud brukere

I løpet av pilotperioden ble det utført 787 timer hverdagsrehabilitering for 34 brukere, 22 timer i gjennomsnitt per bruker. De fleste brukerne gjennomfører hverdagsrehabilitering i løpet av en periode på 4 uker. Timepris hverdagsrehabilitering er satt til kr.715. Gjennomsnittskostnad for en periode hverdagsrehabilitering har i pilotutprøvingen vært kr. 15 730 per bruker.

Tabellen under (tabell 4) viser den årlige kostnaden av tradisjonelle hjelpetiltak og kostnader ved fireukers periode hverdagsrehabilitering for de brukerne som avsluttet sitt hjelpebehov etter gjennomført hverdagsrehabilitering.

	Årlig kostnad pleie og omsorg med bakgrunn i brukers søknad	Kostnad fire uker hverdagsrehabilitering
15 nye brukere avsluttet uten tjenester	649 323	235 950
	Årlig kostnad pleie og omsorg med bakgrunn i brukers vedtak	Kostnad hverdagsrehabilitering
3 eksisterende brukere avsluttet uten tjenester	392 817	47 190

Tabell 4: *Kostnad tradisjonelle hjelpetiltak og hverdagsrehabilitering.*

Tabellen viser at hverdagsrehabilitering er rimeligere enn tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester på individnivå. Forskjellen viste seg å være spesielt stor for de eksisterende brukerne av hjemmetjenester.

Forskning viser at tidlig innsats bidrar til å skyve tidspunkt for funksjonssvikt og behov for hjelp frem i tid. Målgruppen vil derfor likevel være nye brukere som har begynnende funksjonssvikt. Først og fremst fordi dette gir flere brukere mulighet til å beholde den livskvalitet som et selvstendig og aktivt liv gir, og fordi dette er mer bærekraftig for kommuneøkonomien.

Kostnad administrasjon hverdagsrehabilitering

I tillegg til de beregnede kostnadene ved hverdagsrehabilitering, kommer kostnader knyttet til eksempelvis administrasjon, fysio- og ergoterapeut på bestillerkontoret, samhandling og dokumentasjon. Det er ikke konkret beregnet hvor mye disse kostnadstypene øker ved hverdagsrehabilitering sammenlignet med tradisjonelle pleie og omsorgstjenester.

Tabellen viser at potensialet for kostnadsreduksjoner er stort ved å tilby hverdagsrehabilitering til eksisterende brukere. Når målgruppen er nye brukere med begynnende svikt er dette fordi forskning viser at tidlig innsats vil utsette tidspunkt for funksjonssvikt og hjelpebehov frem i tid.

Stavanger kommune mottar årlig totalt 450 nye brukere over 65 år. Med bakgrunn i pilotprosjektet vil minst 150 av disse ha nytte av hverdagsrehabilitering.

Resultatene viser at eksisterende brukere som har mottatt tjenester over tid også har god nytte av hverdagsrehabilitering. I våre beregninger har vi derfor lagt inn årlig tilbud til 50 brukere.

I tillegg til de beregnede kostnadene ved hverdagsrehabilitering, kommer kostnader knyttet til administrasjon, fysio- og ergoterapeut på bestillerkontoret, samhandling og dokumentasjon. Det er ikke konkret beregnet hvor mye disse kostnadstypene øker i forhold til å ha brukere som har tradisjonelle tjenester og hvor bestillerkontoret må vedlikeholde kontakt med bruker og gjøre nye vurderinger etter endringer i brukerens situasjon. Direkte brukerkostnader til hverdagsrehabilitering for 200 brukere: 3.1 mill. Årlig innsparing for 200 brukere: 12 mill.

5. KONKLUSJON – BEDRE & BILLIGERE

Evalueringen av pilotprosjektet har hatt til hensikt å identifisere faktorer som er viktige for implementeringen av hverdagsrehabilitering i hele Stavanger kommune. I tillegg var ønsket å undersøke om hverdagsrehabilitering har hatt planlagt effekt for brukerne, for ansatte og for kommuneøkonomien.

For implementering av hverdagsrehabilitering i hele Stavanger kommune mener brukerne at det er viktig at dette kommer ut til alle så snart som mulig. Brukerne forteller at dette er et viktig og et veldig bra prosjekt, og de føler seg heldige som har fått lov til å være med. Brukerne mener også at alle som har behov bør få tilbud om hverdagsrehabilitering. I evalueringen rapporteres det om at brukerne mener dette er *«den rette hjelpen»* og at de *«har fått meg på beina igjen».* Ansatte og ledere har identifisert kritiske suksesskriterier for vellykket implementering av hverdagsrehabilitering:

1. Det er behov for at hverdagsrehabiliteringen blir organisert som egen avdeling under hjemmebaserte tjenester.
2. Det er nødvendig med egen leder for hverdagsrehabiliteringsteamene.
3. Det er behov for å opprettholde oppmerksomhet på brukers mål og brukers styring av hvilke mål som settes for hverdagsrehabiliteringen.
4. Faglige utfordringer bidrar til enklere rekruttering av ansatte til teamet.
5. Det er behov for solid faglig kompetanse hos teammedlemmene som skal jobbe tverrfaglig slik hverdagsrehabiliteringen krever.

Evalueringsrapporten kan vise til gode resultater for brukerne som har deltatt i pilotprosjektet. Det er foretatt både kvantitative og kvalitative undersøkelser. Brukergruppen har ifølge funksjonsmålingene blitt løftet til et betydelig bedre funksjonsnivå etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Brukergruppen

rapporterer om økt aktivitetsnivå etter endt rehabilitering. Det har også vært viktig for brukergruppen å være involvert i rehabiliteringsprosessen. Dette har bidratt til økt måloppnåelse, bedre motivasjon og bedret funksjonsnivå. Det at brukerne opplever kontinuitet, forutsigbarhet og støtte fra HRH- teamet, har hatt stor betydning for utfallet..

Ansatte opplever eierskap til prosjektet og er stolte av utviklingen og hvordan hverdagsrehabiliteringen presenteres i Stavanger kommune. De opplever å komme nær bruker og ser brukere bli mer selvstendig med denne måten å jobbe på. Ansatte har positive erfaringer med å jobbe tett sammen som et tverrfaglig team.

Evalueringen viser at hverdagsrehabilitering er rimeligere enn tradisjonell pleie og omsorg. Målgruppen er allikevel nye brukere da forskningen visert at tidlig innsats vil utsette tidspunkt for funksjonssvikt og hjelpebehov frem i tid.

6. VEIEN VIDERE

Nye roller – nye kompetanser

Helsearbeidere står over for en rekke felles utfordringer i årene framover. Nye oppgaver skal løses, vi trenger økt kompetanse og nye organiseringsformer skal utvikles. Men en utfordring vil i tillegg være at det er nødvendig med et perspektivskifte; fra profesjonstenkning til oppgavetenkning og fra enkeltytelser til hele forløp.

I motsetning til flerfaglighet som vi har lang tradisjon for, vil tverrfaglighet stille krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom. Denne studien har vist at i hverdagsrehabiliteringsteamet (utførerne) har faggruppene hatt store diskusjoner om hvordan oppgavene rundt brukerne skal løses. Dette er ikke uventet med en ny organiseringsform, men likevel viktig når tjenesten skal ses fra et brukerperspektiv. Brukeren definerer målet, og det må være en tverrfaglig overordnet enighet - hvor også bruker involveres- om hvordan målet skal nås. Samtidig med at man utvikler det tverrfaglige samarbeidet og styrken ved å se på det enkelte pasientforløp fra ulike faglige ståsted er det viktig at man samtidig sikrer fortsatt monofaglig kompetanseutvikling. Rapporten *«Viden og anbefalinger»* (Kjellberg et al., 2011) fra Fredericia sier at kompetanseutvikling er nødvendig, men formen kan være forskjellig. De anbefaler kompetanseutvikling for samtlige personell. Pleiepersonalet og hjemmehjelpere trenger opplæring om forebyggende og rehabiliterende tenkning og arbeidsform. Ergo- og fysioterapeutene skal arbeide gjennom andre faggrupper, og trenger kompetanse i veiledning.

Fastlegene har en unik mulighet til å identifisere innbyggere med begynnende funksjonsfall og endringer i helsetilstand på et tidlig tidspunkt. Legene har ikke vært direkte involvert i prosjektet. Bare en av brukerne er henvist fra fastlege. I arbeidet videre må legene involveres i sterkere grad. Det er nødvendig med god informasjon til fastleger om hva hverdagsrehabiliteringsteamet kan bidra med. Fastleger kan henvise ved en e-melding. Dette er et nytt tilbud, og fastlegene må få delta i drøfting av hvilke pasienter som har nytte av dette tilbudet både i enkelttilfeller og som tema i legenes samarbeidsutvalg med kommunen.

Når hverdagsrehabilitering settes i gang etter sykehusopphold og uten henvisning fra fastlege bør fastleger orienteres om dette ved en e-melding.

Fastlege bør og orienteres ved e-melding om resultat når hverdagsrehabilitering avsluttes, og fastlege bør tas med i drøfting når det er bekymring på grunn av manglende fremgang eller forverring av helsetilstand.

Forskning

Å utvikle en god helsetjeneste krever at vurderinger og avgjørelser baseres på best mulig kunnskap. Samhandlingsreformen er også en kompetansereform, men dette er ikke løftet tydelig nok fram. Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten. At tiltakene som innføres blir gjenstand for systematiske faglige og helseøkonomiske vurdering er viktig både for politikere, helsearbeidere og pasienter.

I en rapport fra Commonwealth fund om primærhelsetjenesten i elleve land for 2009 fremkommer det at helsepersonell i primærhelsetjenesten i Norge i vesentlig mindre grad enn land det er naturlig å sammenligne seg med, rutinemessig mottar og analyserer resultater av behandling i egen praksis. Dette understreker behovet for økt fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Vi trenger gode modeller for forskning i primærhelsetjenesten. Svak forskningskompetanse er ikke bare en barriere for å utvikle forskning, men også for å stå rustet til å ta i bruk ny kunnskap. Det er ikke funnet vitenskapelige publikasjoner om hverdagsrehabilitering fra Norge, Sverige eller Danmark. Det er behov for å samle internasjonal forskning om gjennomføring, effekt og gevinster ved hverdagsrehabilitering og lignende modeller med hverdagsmestring. Det er særlig behov for sammenlignbar forskning av norske erfaringer i ulike norske kommuner. Et slikt arbeid bør støttes og koordineres sentralt (Rapport Hverdagsmestring og Hverdagsrehabilitering 2012).

Smarter Cities Challenge

I august i år ble IBMs rapport om «*en smartere by»* lagt frem. Denne skisserer tiltak og utfordringer i Stavangers eldrepolitikk. Rapporten peker på kommunens utfordringer med å kommunisere effekter av tiltak både til ulike forvaltningsnivåer og til brukerne. Rapporten inneholder både kvalitative og kvantitative data om effekt av hverdagsrehabilitering. I framtiden bør det legges større vekt på å måle effekter av intervensjoner, slik at man kan ta gode beslutninger basert på best mulig kunnskap til beste for brukerne.

7. LITTERATURLISTE

Bogen B, Thingstad P, Hesseberg K, Taraldsen K, Aaslund MK (2013): Foretrukket ganghastighet – testen som forteller "alt" om eldre mennesker? *Fysioterapeuten 5, 28-30.*

Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Krishnan, E., Bruce, B. B., Lingala, V. B. & Fries, J. F. (2012) Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults. *The American journal of medicine,* 125 (2), s. 190-197.

Donoghue D; Physiotherapy Research and Older People (PROP) group, Stokes EK. (2009). How much change is true change? The minimum detectable change of the Berg Balance Scale in elderly people. *J Rehabil Med*. 41(5):343-6

Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND, Meredith CN, Lipsitz LA, Evans WJ. High-intensity strength training in nonagenarians. *JAMA 1990;263:3029-34.*

Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging Clin Exp Res 2004; 16(2):113-21.*

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. St.meld nr.25 (2005-2006). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011) *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Huseby, B. M. & Paulsen, B. (2009) *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig- eller best i verden?* . Trondheim, Helseforskning, S.
http://www.ks.no/PageFiles/5223/084006_Rapport_Eldreomsorgen.pdf

Idland G et al (2013): Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: A 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Arch Gerontology and Geriatrics 56 (3); 501-506*

Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2012) *Træning som hjælp. Økonomievaluering*. København, Dsi.

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, L. (2011) *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. København, Sundhedsinstitut, D.

Lusardi MM (2012): Is walking speed a vital sign? Absolutly! *Topics in Rehabilitation 28 (2); 67-76*

Podsiadlo D, Richardson S. (1991) The Timed Up and Go – A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society 39 (2); 142-8.*

Hverdagsmestring og Hverdagsrehabilitering. *Rapport 2012. KS, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund.*

Rothman MD, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. J Am Geriatr Soc. 2008 Dec;56(12):2211-116. PubMed PMID: 19093920. Pubmed Central PMCID: 2782664. Epub 2008/12/20. eng

Spirduso, W.W (1995) Physical Dimensions of Aging. *Human Kineti*

Studenski S, Perera S, Patel K et al. (2011): Gait speed and survival in older adults. *JAMA. Jan 5;305(1):50-8. PubMed PMID: 21205966. Pubmed Central PMCID: 3080184. Epub 2011/01/06. eng.*

Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2008). Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for personer med funksjonshemming som opplever depresjon? Tidskrift for Norsk Psykologforening, 45, 19-27.

Aarsland, D., Sardahaee, F.S., Anderssen, S., Ballard, C. & the Altzheimer's Society Systematic Review group (2010) Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review, *Aging & Mental Health*, 14:4, s. 386-395. DOI: 10.1080/13607860903586136.

Nivå: **Levekår**	Type: **Retningslinje**	Revisjonsnr: **2**	Revidert dato: **10.06.2009**	STAVANGER KOMMUNE
Godkjent av: **Marit Bore**	Dokumenteier: **Rådgiver ABI**	Godkjenningsnivå: **I**	Godkjent dato: **10.06.2009**	
Tittel: **Tiltak i hjemmetjenesten med tidsnorm**				

Nr	Tiltak	Tidsnormering	Kommentarer
59	**Dusj/helvask**	**30 minutter**	
	Kveldsstell	**15 minutter**	
	Mating	**30 minutter**	
	Middagshvil	**20 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag. Tiden inkluderer hjelp til å komme i seng + ut av seng**
	Morgenstell	**25 minutter**	**Inkluderer personlig hygiene og påkledning**
	Ta på/av elastiske strømper	**10 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag**
	Tilberede måltid	**10 minutter**	
	WC-besøk/bleieskift	**10 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag**
63	**Administrere iv-infusjon/sondemat**	**20 minutter**	**Gjelder totaltid henge opp/koble ifra**
	Blodtrykksmåling	**10 minutter**	
	Dosering	**20 minutter**	**Gjelder dosering i ukedosett**
	Gi medisiner	**10 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag**
	Injeksjoner	**15 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag,- subcutane/intramuskulære injeksjoner**
	Kateterisering	**15 minutter**	
	Levere multidose	**5 minutter**	**Gjelder levering av multidose fra kontoret og hjem til brukeren**
	Stell av CVK (sentr. venekateter o.l.)	**50 minutter**	**Gjelder sterilt skift av innstikksted, slanger og koblinger**
	Stell av magesonde/ suprapubis-kateter	**15 minutter**	
	Stell av stomi	**20 minutter**	**Gjelder plateskift**
	Sårstell	**20 minutter**	**Gjelder et "vanlig" sårstell. Dersom det dreier seg om omfattende sår, for eksempel store kreft-sår/leggsår/KP-bad, må tidsbestilling økes**
	Øyedrypp	**10 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag**
65	**Ringetilsyn**	**5 minutter**	
	Tilsyn	**10 minutter**	**Gjelder enkeltoppdrag. Merk at "tilsyn skjer etter at aktiviteten er utført for å se til". Tilsyn skal kun brukes når andre oppgaver ikke utføres**

www.stavanger.kommune.no

Kontaktinformasjon:

Prosjektleder Merethe Hustoft

Telefon 51 91 26 68 / 948 76 605

Epost merethe.hustoft@stavanger.kommune.no