

# Prosjektrapport ”Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar”.

Med hovedfokus på samhandling mellom faggrupper, mellom enheter innen helsetjenestene, og dermed på kontinuitet i rehabilitering hos pasienter som har hatt hjerneslag.

Helsetorgmodellen-rapport (2013/1)



Prosjektet har vært et samarbeid mellom kommunene Stord, Bømlo og Fitjar, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund.

Helsetorgmodellen- rapport (2013/1)

Omslagslayout: Eirik Dankel, Helse fonna

**Publisert av**

Helsetorgmodellen

Bjørnsons Gate 45

5528 Haugesund

Kopirett © Bente Kvilhaugsvik & Arvid Birkeland

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med Åndsverkloven og  
Fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan  
for rettighetshavere til åndsverk.

# Innhold

|  |    |
|--|----|
| Prosjektgruppens mandat .....  | 6  |
| Prosjektgruppe .....   | 6  |
| Sammendrag .....   | 7  |
| 1. Bakgrunn .....  | 9  |
| 1.1. Målsetting.....   | 9  |
| 2. Aktuelt lovverk og sentrale føringer.....   | 10 |
| 2.1. Samhandlingsreformen .....  | 10 |
| 2.2. Rehabilitering .....  | 11 |
| 2.3. Pasientrettigheter og garanti for verdighet .....   | 11 |
| 3. Teoretisk og erfaringsmessig bakgrunn .....   | 12 |
| 3.1. Kunnskapsbasert praksis .....   | 12 |
| 3.2. Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag.....  | 12 |
| 3.3. Regional plan for slagbehandlingsskjeden/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest                                | 13 |
| 3.4. Studier med tidlig støttet utskrivning .....  | 13 |
| 3.5. Personsentrert og motiverende intervensjon ved hjerneslag .....   | 14 |
| 3.6. Det satses ikke nok på rehabilitering i kommunehelsetjenesten .....   | 15 |
| 3.7. Viktige forutsetninger for å lykkes med rehabilitering i kommuner .....   | 15 |
| 3.8. Lengst mulig i eget liv .....   | 17 |
| 3.8.1. Rehabiliteringsteam kontra hjemmesykepleie.....   | 17 |
| 3.8.2. Kjellbergs råd til kommuner som ønsker å bruke erfaringer fra Fredericia .....  | 17 |
| 3.9. Kostnadseffektive tiltak.....   | 18 |
| 4. Metodisk tilnærming i prosjektet.....   | 19 |
| 4.1. Kunnskapsinnramming .....   | 19 |
| 4.2. Noen elementer fra aksjonsforskning .....   | 20 |
| 4.3. Aktør-nettverk-teori (ANT) .....  | 21 |
| 4.4. Fokusgruppe med Hordaland lokallag av Landsforeningen for slagrammede (LFS) som grunnlag for spørreskjema .....                 | 23 |
| 4.4.1. Synspunkt fra fokusgruppen .....  | 23 |
| 4.4.2. Spørreskjema til pasienter og pårørende etter rehabilitering .....  | 24 |
| 4.5. Evalueringsamtaler med ambulant team, ledere i hjemmetjenestene, koordinatorene for rehabilitering og med prosjektgruppen ..... | 24 |
| 5. Inklusjon .....   | 25 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 6.      | Eksklusjon .....   | 25 |
| 7.      | Etikk og risikovurdering .....   | 25 |
| 8.      | Konsesjon .....  | 26 |
| 9.      | Beskrivelse av rehabiliteringsforløp før oppstart av prosjektet.....   | 27 |
| 9.1.    | Pasientforløp i Helse-Fonna .....  | 27 |
| 9.2.    | Rehabilitering i Helse-Fonna .....   | 27 |
| 9.3.    | Rehabilitering i Sunnhordlandskommunene Stord, Bømlo og Fitjar før oppstart av prosjektet .....  | 28 |
| 9.4.    | Behandlingskjedens mangler før oppstart av prosjektet .....  | 28 |
| 10.     | Administrativ forankring og forankring i alle aktuelle tjenestene .....  | 29 |
| 10.1.   | Felles fagdag som startskudd for prosjektet .....  | 29 |
| 10.2.   | Det ambulante teamet fikk to intense opplæringsdager .....   | 30 |
| 10.3.   | Informasjon om prosjektet i kommunene .....  | 30 |
| 10.4.   | Fastlegene .....   | 30 |
| 10.5.   | Informasjon til personell i slagenheten.....   | 31 |
| 11.     | Resultater. Utvikling av nytt forbedret pasientforløp for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar.....             | 31 |
| 11.1.   | Innleggelse av pasienter i slagenhet .....   | 32 |
| 11.2.   | Overføringsrutiner i forbindelse med utskrivning av pasienter fra slagenhet og til hjemmet ..  | 32 |
| 11.3.   | Nytt ambulant team i rehabilitering.....   | 32 |
| 11.4.   | Overordnet koordinering av rehabilitering og koordinering av tjenestene til den enkelte.....   | 33 |
| 11.5.   | Rehabiliteringsplaner/individuelle planer.....   | 36 |
| 11.6.   | Samarbeid med hjemmetjeneste og pårørende .....  | 37 |
| 11.7.   | Har vi klart å lage sømløse pasientforløp og utvikle et felles språk? Informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner..... | 40 |
| 11.7.1. | Kartlegging i sykehus versus i kommunen .....  | 40 |
| 11.7.2. | Snakker man samme "språk" i spesialisthelsetjenesten og kommunene?.....  | 40 |
| 11.8.   | Metoder i rehabiliteringen .....   | 42 |
| 11.9.   | .....  | 43 |
| 12.     | Har det fungert? Noen resultater av rehabiliteringen .....   | 44 |
| 12.1.   | Resultater det ambulante teamet har sett .....   | 44 |
| 12.2.   | Funn fra intervju med pasientene.....  | 45 |
| 12.2.1. | Pasientenes svar på spørsmålene i spørreskjemaet .....   | 46 |
| 12.3.   | Funn fra intervju med pårørende.....   | 51 |
| 12.4.   | Funn fra evalueringssamtale med prosjektgruppen .....  | 54 |

|  |    |
|--|----|
| 12.4.1. Generelle oppfatninger .....   | 55 |
| 12.4.2. Pasientene .....   | 55 |
| 12.4.3. Forholdet til det ambulante teamet.....  | 56 |
| 12.4.4. Kommunene .....  | 56 |
| 12.4.5. Organisatorisk plassering og fungering .....   | 57 |
| 12.5. Forprosjekt med opplæring av nøkkelpersonell i rehabilitering og i tverrfaglig samarbeid....             | 57 |
| 13. Diskusjon .....  | 57 |
| 14. Konklusjon .....   | 62 |
| 15. Organisering av prosjektet .....   | 62 |
| 15.1. Styringsgruppe for Helsetorgmodellen .....   | 62 |
| 15.2. Driftsgruppe for Helsetorgmodellen .....   | 62 |
| 15.3. Referansegruppe .....  | 62 |
| 15.4. Noen råd om organisering av prosjekt i Helsetorgmodellen på bakgrunn av prosjektgruppens erfaringer..... | 64 |
| 16. Litteratur.....  | 66 |

## Prosjektgruppens mandat

### Fase 1:

- ”Gå gjennom dagens pasientforløp i forhold til pasienter med hjerneslag som er i behov av rehabilitering, og foreslå forbedringer og nye samhandlingsformer – nytt forbedret pasientforløp.
- Beskrive ny samhandlingsmodell med tverrfaglig team for å sikre tidlig utskrivning og rehabilitering i pasientens hjem. Hva trengs av ressurser? Interkommunalt team? Delte stillinger? Hvilken funksjon skal det tverrfaglige teamet ivareta?
- Beskrive hvordan man skal sikre nødvendig kompetanseheving.
- Opparbeide felles forståelse for fagfelt og metodikk.
- Finne teori, forskning, studier, artikler, andres erfaringer som vi kan støtte oss på.
- Hvordan kan spesialisthelsetjenesten i Helse Fonna , kommunene Stord, Bømlo og Fitjar og høgskolen HSH arbeide med hensyn til rehabiliteringen? Hvem er viktige samarbeidsparter, hva er viktige samarbeidsarenaer og -strukturer?
- Hvordan skal vi måle effekten av tiltakene som iverksettes?” (Nemeth, 2011).

Fase 2 (1. mars - 31. desember 2012): I denne perioden skal man gjennomføre de foreslåtte tiltakene, og blant annet starte opp tverrfaglig team.

## Prosjektgruppe

- Astrid Larsen, Stord kommune, prosjektleder
- Anne Beth Njærheim, Bømlo kommune
- Kari Raunholm, Fitjar kommune
- Berthe Rossebø, Helse Fonna
- Bente Kvilhaugsvik, Høgskolen Stord/Haugesund, hovedansvar for prosjektrapport
- Brit Gravdal, brukerrepresentant

## Sammendrag

I dette utviklingsprosjektet har vi sett på samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåer i helsetjenesten når pasienter som har hatt hjerneslag (apopleksi) har fått rehabilitering i hjemmet i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar. Gammelt og nytt pasientforløp er beskrevet. Gjennomføring har vært fra 1. mars til 31. desember 2012. Pasientene fikk akuttoppfølging i slagenhet. 29 pasienter fikk tilbud om hjemmerehabilitering med oppfølging av ambulant team. De fleste, men ikke alle pasientene tok imot tilbudet. Pasientene hadde lettere funksjonsutfall etter hjerneslag enn vi antok at de ville komme til å ha. Man har derfor hatt mindre samarbeid med hjemmetjenesten enn det som først var antatt nødvendig. Det ambulante teamet har stått for det meste av treningen. Rehabiliteringsperiodene har vart inntil seks måneder. Brukerne har forbedret prestasjoner på mål de selv valgte ut i samarbeid med ambulant team. Her har ergoterapiverktøyet COPM vært brukt. Vi har hatt intervju med spørreskjema til pasienter og pårørende.

Prosjektet har satt rehabilitering og tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike faggrupper og nivå i helsetjenesten på dagsordenen i kommuner og i helseforetak. Viktige funn er videre det som foreløpig ikke har fungert i behandlingsskjeden.

Det ambulante teamet var et samarbeid mellom kommunene og helseforetaket. Teamet var tverrfaglig, og har arbeidet over grensen mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. Intensjonen var at de også skulle arbeide på tvers av kommunegrenser. Det var vanskelig å få til på grunn av lange avstander, liten tidsressurs og vanskeligheter med journalføring på tvers av kommunegrenser. Det har ikke blitt laget rehabiliteringsvedtak eller individuelle planer. Koordinerende enhet og hjemmetjenesten i kommunene har vært lite inne i bildet. En av grunnene til det er lettere funksjonsutfall enn forventet, der de færreste av pasientene har hatt behov for vanlig hjemmesykepleie. Det har blitt laget rehabiliteringsplaner, og pasienter som har tatt imot tilbud om rehabilitering har hatt personlig koordinator i ambulant team.

Det gjenstår å forankre den nye arbeidsformen inn mot ordinære tjenester i kommunene. Aktuelle samarbeidsparter er hjemmetjenesten, eller eventuelt en ny tverrfaglig enhet for rehabilitering i hver av kommunene. En samarbeidspart man i prosjektet har hatt på Stord, er frisklivsentralen. Dette har vært en økonomisk god måte å utnytte fysioterapi -ressursen

på fordi terapeuten har kunnet gi et treningstilbud til flere brukere samtidig. Brukerne har dessuten opplevd trening på frisklivscentralen som sosialt stimulerende. En annen viktig aktør har vært Hordaland lokallag av Landsforening For Slagrammede (LFS). De av brukerne som har tatt kontakt med LFS har opplevd foreningen som en god støttespiller. På Bømlo og i Fitjar har man ikke hatt disse tilbudene, og det er langt for pasientene å reise fra Bømlo til Stord for å delta i aktiviteter. På Bømlo arbeides det nå med å få på plass frisklivscentral.

På grunn av at tjenestene til brukergruppen ikke har vært tilstrekkelig bygd opp har brukerne fått færre rehabiliteringsøkter enn det ambulante teamet anser optimalt. I Bømlo har medlem av ambulant team vært hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering. Hun har i større grad enn øvrige medlemmer i ambulant team trukket inn kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter. Samarbeid med disse har ikke vært tverrfaglig, men pasientene har fått komme til avtalte timer.

En annen viktig samarbeidspart i rehabilitering skulle være brukerens pårørende. De har i liten grad blitt tatt med i å utforme rehabiliteringsplaner. De har ikke fått informasjon om at slagrammede gjerne kan ha endringer i sitt følelsesliv etter hjerneslag, og har i liten grad fått tilbud om samtale for å luften sin frustrasjon. Dette må man ta hensyn til når arbeidsformer i prosjektet implementeres i ordinær drift.

Det ambulante teamets ansvarsområde trenger en ny gjennomgang. Det er flere muligheter, og man må vurdere hvordan teamet kan være et forsterkende bindeledd mellom allerede eksisterende tjenester. Enheter som eventuelt trenger forsterkning er koordinerende enhet (KE) for rehabilitering i helseforetaket og KE i kommunene, som begge har små ressurser og opplever å ha for liten kapasitet til å ivareta den koordinering innen rehabilitering som de er pålagt å ha ansvar for. Det er videre lite kjent i kommuner og helseforetak hvordan enhetene skal fungere.

Budsjett for prosjektet var i 2011/2012 på kroner 1 750 000, med samhandlingsmidler fra Helse Fonna og Helsedirektoratet. Høgskolen Stord/Haugesund finansierte prosjektmedarbeider som har vært FOU-ressurs. De tre kommunene og Helse Fonna bidro med prosjektmedarbeidere og prosjektleder. Prosjektleder har også delvis blitt lønnet med midler fra prosjektet. Det ambulante teamet har blitt lønnet av prosjektet.



## 1. Bakgrunn

I Norge rammes 15 000 personer årlig av hjerneslag. Tallet antas å øke sterkt på grunn av at det i årene framover blir flere eldre i befolkningen. Omtrent en tredjedel av alle dødsfall i Norge er relatert til hjerneslag. Mange av de som overlever får store funksjonshemminger. Sterke funksjonshemminger fører til at pasientene trenger mye hjelp fra det offentlige. På den måten blir både de personlige og de økonomiske konsekvensene store. På bakgrunn av dette kom Helsedirektoratet i 2010 med nye "Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag" (Helsedirektoratet, 2010).

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47) bærer bud om at kommunene framover skal ha større ansvar for pasientgrupper som tidligere har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å jobbe mer med forebygging og å utvikle gode pasientforløp med tilstrekkelig koordinerte tiltak på tvers av nivåer i helsevesenet.

Under paraplyen "Helsetorgmodellen" har Helse Fonna (HF), Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) og omkringliggende kommuner samarbeidsprosjekter som er ment å imøtekomme utfordringene som er definert i Samhandlingsreformen. Det viktigste grepet i Helsetorgmodellen er opprettelsen av en felles forsknings- og utviklingsenhet (FOU -enhet). I prosjektene fokuserer man på å utvikle bedre samhandling mellom nivåer, og å få til bedre pasientforløp for pasientgrupper som det framover i tid blir viktig å ha et godt tilbud til (Helsetorgmodellen u.å.).

Prosjektet "Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar" er ett av disse prosjektene, og ble igangsatt på bakgrunn av en forstudie der man kartla behov for rehabilitering i kommunene Stord Bømlo og Fitjar. Forstudien konkluderte med at det burde bli etablert interkommunalt samarbeid om rehabilitering mellom kommunene Stord, Bømlo og Fitjar, og at man skulle gå i gang med hjemmerehabilitering etter modell fra Fredericia kommune i Danmark (Njærheim, 2011).

### 1.1. Målsetting

Hensikt med prosjektet har vært å prøve ut en modell for hjemmerehabilitering for pasienter med hjerneslag. Målet var at flest mulig pasienter i Stord, Bømlo og Fitjar som fikk hjerneslag i prosjektperioden skulle skrives ut til hjemmet og få rehabilitering der. Det skulle være stor grad av sammenheng i pasientforløpene på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Nødvendig informasjon og kompetanse skulle følge med mellom nivåene slik at det ikke skulle bli brudd i rehabiliteringsforløpet i forbindelse med utskriving til hjemmet.

Pasientforløpene skulle oppleves meningsfulle slik at pasientenes motivasjon for å arbeide med egen rehabilitering kunne vekkes. Modellen har inkludert interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, der et ambulanseteam har bidratt til å sikre kompetanseoverføring.

## 2. Aktuelt lovverk og sentrale føringer

### 2.1. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) fokuserer på ressursutnyttelse og på at helsehjelp må gis på beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Fra 1. januar 2012 fikk kommunene større ansvar for rehabilitering av utskrivningsklare pasienter. Hjelpen pasienter i helsevesenet skal ha må være bedre koordinert enn før, slik at pasientene som trenger tjenester fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste skal oppleve kontinuerlige og mer helhetlige behandlingsforløp. Dette er også samfunnsøkonomisk riktig. Samhandlingsreformen legger vekt på ansvaret mennesker selv må ta for sin helse, og vil at pasientene selv og deres pasientorganisasjoner skal bidra aktivt i arbeidet med å få til helhetlige pasientforløp. Det legges vekt på at behov må identifiseres tidlig, og at forebyggende og behandlende tiltak må iverksettes raskt, slik at sykdomsutvikling eller forverring av sykdom i størst mulig grad unngås. Regjeringen forespeilet at det ville komme en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester skal ha en person som kontaktpunkt, og som har ansvar for at tjenestene blir koordinert (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Kravet ble styrket i ny/endret *"Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator"* (FOR 2011-12-16, §21), som sier at kommunen skal tilby en koordinator til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette gjelder også når pasienten ikke har individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Formål med endring av forskriften er at pasienten skal ha et mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og å styrke samhandling mellom tjenesteyter og pasient, bruker og eventuelt pårørende, mellom tjenesteytere og etater (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det skal kun utarbeides *en* individuell plan. Når pasienten trenger langvarig oppfølging og tjenester både fra spesialisthelsetjeneste og

kommune skal kommunen oppnevner en koordinator uavhengig om pasienten ønsker individuell plan eller ikke. Helseforetaket skal medvirke i arbeidet med individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunene må forberede seg til flere og nye oppgaver også fordi *”..den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene”* (Birkeland og Flovik, 2011).

## **2.2. Rehabilitering**

*”..rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Samme forskrift gjelder i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Personer med sammensatte behov skal bli møtt ut fra et samordnet og tverrfaglig perspektiv der hjelpen skal være planlagt. Hjelpen skal gis i nær tilknytning til pasientens vante miljø, og skal gis i en sammenheng som oppleves meningsfylt. Den innsats som gjøres skal stimulere pasientene slik at de kan lære, bli motivert, mestre og fungere bedre i eget liv. Den enkelte pasient skal være med og planlegge, gjennomføre og evaluere rehabiliteringstilbud som gis. Kommunene skal ha en enhet som koordinerer rehabilitering. Enheten skal være synlig og lett tilgjengelig.

Spesialisthelsetjenesten skal gi nødvendig hjelp til rehabilitering i og utenfor institusjon, og skal samarbeide med kommunene i forhold til rehabilitering. De skal ha en koordinerende enhet som skal ha oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å sørge for nødvendige undersøkelser og utredning av pasienter som trenger rehabilitering og sørge for intensiv trening der det er påkrevd. Tjenesten kan gis ambulant. Pasienter med langvarige og sammensatte behov har krav på å få utarbeidet individuell plan, og har rett til å delta i arbeidet med planen. Mål er at pasientene skal oppleve et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud i forhold til sine behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

## **2.3. Pasientrettigheter og garanti for verdighet**

Pasientrettighetsloven (1999) og Verdighetsgarantien (2010) legger vekt på pasientens autonomi og at pasienten skal ha mulighet til livsutfoldelse som samsvarer med hans/hennes grunnleggende behov og ønsker. Integritet og verdighet skal sikres.

## 3. Teoretisk og erfaringsmessig bakgrunn

### 3.1. Kunnskapsbasert praksis

Helse Vest legger vekt på at helsetjenesten må basere seg på det beste av tilgjengelig kunnskap. Man legger vekt på "Kunnskapsbasert praksis" (KBP) (Helse Vest 2011). I KBP sier man at faglige avgjørelser må tas på grunnlag av kunnskap fra systematisk forskning, fra kunnskap man har samlet ved systematisk og gjerne langvarig erfaring samt på grunnlag av pasientens kunnskap, ønsker og behov (Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

### 3.2. Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Nasjonale retningslinjer utarbeides på grunnlag av internasjonalt anerkjente metoder, og skal sikre god kvalitet og ressursbruk. De nye nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag bygger på systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av studier samt vurderinger gjort i arbeidsgruppen som arbeidet med planen. Ved å bruke retningslinjen som standard for praksis i rehabilitering av pasienter med hjerneslag, sikres at pasientene får behandling av god kvalitet som er støttet av forskning (Helsedirektoratet, 2010).

Hovedmål for behandling av pasienter med hjerneslag er overlevelse, og å redusere funksjonshemming. For å klare det er det viktig at pasienten raskt kommer til sykehus, får akuttbehandling og overføres til slagenhet. Det er vist at forebygging av komplikasjoner, tidlig mobilisering og overlevelse henger nøye sammen. Så snart pasienten er medisinsk stabil, og vanligvis innen et døgn, skal derfor farene ved immobilitet forebygges.

Personsentrert rehabilitering startes samme dag som pasienten får hjerneslag.

Ved milde til moderate utfall etter hjerneslag er det dokumentert like gode resultater ved tidlig støttet utskrivning (ESD) til hjemmet sammenlignet med rehabilitering i sykehusavdeling. På grunn av at funksjonshemmingene kan være svært ulike etter hjerneslag må det være fleksibilitet med hensyn til videre rehabilitering. Et fast tverrfaglig team bør ha hovedansvar for rehabiliteringen, og rehabiliteringen bør skje i tett samhandling med fastlege, spesialisthelsetjeneste, rehabiliteringsenhet i kommunen og

kommunehelsetjeneste. Tett oppfølging og stimulerende, oppgaverelaterte aktiviteter i hjemmemiljø er nøkkelford.

Mange av pasientene vil på denne måten få mulighet til å leve et liv med god fungering og god livskvalitet, noe som gir store helsemessige gevinster for den enkelte, og store samfunnsøkonomiske gevinster (Helsedirektoratet, 2010).

### **3.3. Regional plan for slagbehandlingskjeden/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest**

Den nasjonale retningslinjen er en standard og et minstekrav. Ut fra denne utarbeider helseforetakene egne retningslinjer med lokale tilpasninger. Helse Vest har utarbeidet "*Regional plan for slagbehandlingskjeda/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest*" (Helse Vest, 2011). Med hensyn til rehabilitering med tidlig støttet utskrivning til hjemmet peker man på behovet for ambulante team som kan overbringe kunnskap fra pasient, spesialisert slagenhet til kommunehelsetjeneste med lege og hjemmesykepleie.

### **3.4. Studier med tidlig støttet utskrivning**

Det er gjort studier med tidlig støttet utskrivning, eller *early supported discharge* (ESD), av pasienter som har milde til moderate utfall etter hjerneslag. Askim, Rohweder, Lydersen og Indredavik (2004) gjorde en sammenlignende studie, der 62 pasienter ble inkludert. Denne pågikk fra 1. juni 1999 til 15. juni 2001. Den ene gruppen av pasienter med akutt hjerneslag fikk akutt behandling og rehabilitering i slagenhet i akuttfasen, og påfølgende rehabilitering i hjemmet. Et ambulant team hadde hovedansvar for rehabilitering i tett samarbeid med primærhelsetjeneste. Kontrollgruppen fikk akuttbehandling og rehabilitering i ordinær slagenhet. Det var mange som døde i begge gruppene. Man fant ikke forskjell i funksjonsnivå for gruppene, men den gruppen av pasienter som fikk ESD hadde bedre opplevd livskvalitet.

Fjærtøft, Indredavik, Johnsen og Lydersen, (2004) så på langtidseffekt av livskvalitet ved tidlig støttet utskrivning til hjemmet for pasienter med hjerneslag til forskjell fra behandling og rehabilitering i vanlig slagenhet (studien inkluderte i utgangspunktet 320 pasienter). Pasientene lå kortere tid i rehabiliteringsavdeling, og hadde fortsatt opplevelse av økt livskvalitet ett år senere.

Fjærtoft, Indredavik, Magnussen og Johnsen (2005) studerte bruk av helseinstitusjoner og kostnader i forbindelse med akutt hjerneslag. 52 uker etter hjerneslag hadde pasienter som fikk ESD koordinert av ambulant team færre liggedøgn i institusjon sammenlignet med kontrollgruppen som fikk rehabilitering i slagenhet. Den totale kostnaden var lavere, men ikke signifikant lavere, for rehabilitering med EDS sammenlignet med behandling i slagenhet. Kostnadseffektiviteten var størst for ESD der pasientene hadde en moderat funksjonshemming etter hjerneslag.

### **3.5. Personsentrert og motiverende intervensjon ved hjerneslag**

Ekstam, Uppgard og Koch (2007) gjorde en studie som inkluderte 27 eldre som fikk hjerneslag, og som fikk personsentrert rehabilitering i hjemmet i tre måneder etter hjerneslaget. Forskerne fokuserte på de store forandringene en person som får hjerneslag går gjennom. De lette etter årsaker til at noen klarer seg bedre og er mer fornøyd med livet 12 måneder etter hjerneslag enn andre. Over halvparten av pasientene var misfornøyd med sin fungering og livskvalitet 12 måneder etter hjerneslaget. Av de som klarte seg bra hadde mange levd aktive liv før de fikk hjerneslag. Et annet moment var at det var lite fysiske hindringer for fungering i ADL i deres omgivelser. I tillegg så det ut som at de hadde god evne til å tilpasse seg sin nye livssituasjon. Man konkluderer med at personer som fungerer bra i ADL, som opplever seg som kompetente og har aktiviteter som foregår i en familiær/hjemlig kontekst som betyr noe for dem, er mest fornøyd. Slike aktiviteter ser ut til å vekke pasientenes motivasjon med hensyn til rehabilitering, noe som også harmonerer med teorien i personsentrert tilnærming til rehabilitering. For de som var misfornøyd med sin livssituasjon påpekes det at rehabiliteringsprogrammet var kort. Pasientene fikk ikke anledning til å reformulere sine mål med hensyn til fungering i ADL, og fikk ikke tilpasset seg sosialt til sin nye livssituasjon (Ekstam et al., 2007).

Personsentrert omsorg kjennetegnes ved at den intervensjon som gis er gjennomsyret av respekt for, og samarbeid med den som mottar tjenester. Leach, Cornwell, Fleming og Haines (2009) sier at man må gå vekk fra fokus på problemer som skal overvinnes og heller fokusere på personlige mål i rehabilitering.

I studien "The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke" (Watkins et al., 2011) lå fokus på å undersøke om den personsentrerte teknikken

”motiverende intervju” (MI) ville være fordelaktig for pasientenes sinnstilstand og dødelighet etter akutt hjerneslag. Man fant at det var færre deprimerte og færre som døde i den gruppen som fikk MI som intervensjon enn i kontrollgruppen.

### **3.6. Det satses ikke nok på rehabilitering i kommunehelsetjenesten**

Tingvoll og Sæterstrand (2008) sier at *”rehabilitering i tilstrekkelig omfang og til rett tid kan være en forutsetning for å redusere den enkeltes hjelpebehov og dermed øke livskvaliteten for den det gjelder”*. De mener det likevel ikke satses tilstrekkelig på rehabilitering i kommunehelsetjenesten. I 2006 intervjuet de ti ledere i pleie og omsorgstjenesten, og fant at rehabilitering er et område som blir lite prioritert.

### **3.7. Viktige forutsetninger for å lykkes med rehabilitering i kommuner**

Ness og Laberg m.fl. (2012) beskriver hjemmerehabilitering og hverdagsmestring som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare virkemidler hvor flere faggrupper samarbeider. De sier at mål for rehabilitering bør styres av hvilke vanlige hverdagsaktiviteter brukeren opplever viktige å opprettholde. Rehabiliteringen bør foregå i pasientens eget hjem og nærmiljø. Tidlig kartlegging av funksjon og potensial for rehabilitering bør være tverrfaglig, og man må sette opp tydelige mål og tiltak. Ansatte som skal arbeide med pasientene i hjemmetjenesten i det daglige må få opplæring i rehabilitering. Under utredning av rehabiliteringspotensial er det viktig at ergoterapeut og fysioterapeut gjør grundige vurderinger. Terapeutene bør videre ha ansvar for opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplan. Sykepleiere med videreutdanning i rehabilitering bør ha en sentral rolle i tett samarbeid med terapeutene. Rehabiliteringen må være intensiv og foregå på et tidlig tidspunkt, slik at brukeren ikke mister funksjon unødvendig.

Hverdagsrehabilitering eller hverdagsmestring kan ikke erstatte spesifikk rehabilitering. I stedet er det nødvendig å ha flere ulike arbeidsformer i kommunene. Generelt er det behov for en holdningsendring hos de ansatte, slik at hverdagsmestring kan bli en grunnleggende rehabiliterende arbeidsform. Dette kan bli et paradigmeskifte fra nåværende omsorgskultur til en kultur der forebygging og rehabilitering er førstevalget. Hvis man velger et slikt perspektiv kan det også bli nødvendig å gjøre organisatoriske endringer som underletter tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike tjenester. Personalet må da i tillegg få opplæring i tverrfaglig samarbeid.

Rambøll (2012) har gjennomført en *”undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientenes hjem/vante miljø”*. I rapporten belyses både positive og negative funn. Vi vil her gjengi noen negative funn, som kan være et nyttig bakteppe med hensyn til vår undersøkelse: Av og til oppleves det utrygt for pasient eller pårørende at vedkommende bor hjemme i stedet for på en rehabiliteringsinstitusjon. Dette henger sammen med funksjonsnivå og hvor trygg pasienten er i forhold til sin egen fungering. Pårørende kan oppleve det som en belastning at det kommer personell inn i hjemmet i forbindelse med oppdrag. Pasienter som skrives ut for tidlig må oftere reinnlegges i sykehus; dette innebærer en ekstra belastning. Ved lavt funksjonsnivå kan pasientene ofte få bedre kontinuitet i rehabiliteringen ved at de først får et opphold på rehabiliteringsinstitusjon. I mange tilfeller er det dessuten få ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunen, og pasienten får da ikke den rehabilitering han eller hun trenger eller ønsker.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) har evaluert 80 samhandlingsprosjekter for å identifisere hvilke faktorer som fremmer eller hemmer god gjennomføring av prosjektene. For at man skal lykkes må man arbeide aktivt med forankring på alle nivå, slik at partene får et eierforhold til prosjektet. Utvikling av samhandlingskultur, der brukernes kompetanse ses som likeverdig med andre aktørers kunnskap, bidrar til vellykkede prosjekt. De som skal gjennomføre prosjektene trenger kunnskap om metoder og verktøy for kvalitetsforbedring av tjenester; som inkluderer systematisk dokumentasjon. Det er ikke nok at man har fått eksterne midler til prosjekt; toppledelsen må i tillegg til dette sette av nok ressurser til gjennomføring.

I rapporten *”Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering”* (Ness, Laberg m.fl. 2012) beskrives viktige forutsetninger for å lykkes med å øke fokus på rehabilitering innen helse- og omsorgstjenestene. Hvis man skal klare det må det være vilje til en slik forandring innenfor tjenestene, og politikerne må kjenne eierskap i forhold til forandingsprosessen. Brukernes egne mål bør være utgangspunkt for rehabiliteringen, og man må jobbe tverrfaglig for å nå målene. På grunn av at man trenger stor innsats i oppstart ved satsing på rehabilitering trengs det statlig økonomisk støtte i denne fasen. Man bør ha god grunnbemanning av fysioterapeuter og ergoterapeuter og sykepleiere med kompetanse på rehabilitering i kommunene når man starter med rehabilitering i hjemmet. Både i Sverige og Danmark har det vært satset på hjemmerehabilitering. Ved oppstart av



hjemmerehabilitering i Östersund kommun i Sverige hadde man 50 % fysioterapeut og 50 % ergoterapeut per 300 personer over 65 år. I Fredericia kommune i Danmark er det ca 6 ergoterapeuter/fysioterapeuter per 10 000 innbyggere. De fleste kommuner i Norge har langt færre fysio- og ergoterapeuter enn dette.

### **3.8. Lengst mulig i eget liv**

Det danske prosjektet "Længst mulig i eget liv" (Uddannelsescenteret Fredericia, 2011) tok utgangspunktet i et tverrfaglig prosjekt med hjemmerehabilitering i Östersund i Sverige. Prosjektet vurderes som en suksess både med hensyn til fag og økonomi. Viktige trekk ved prosjektet er videreført i alle danske kommuner.

Alle eldre som ble vurdert til å ha et potensial for rehabilitering var med uansett hvilken diagnose de hadde. Målet var at pasientene skulle bo hjemme "lengst mulig i sitt eget liv". Pasienten kalles "borger" (innbygger). Det å styrke borgerens evne til å ta vare på seg selv var hovedfokus (Kjellberg, 2010, Uddannelsescenteret Fredericia, 2011).

#### **3.8.1. Rehabiliteringsteam kontra hjemmesykepleie**

I prosjektet i Fredericia skilte man ut en hjemmerehabiliteringsavdeling fra den ordinære organiseringen med hjemmesykepleie. Årsaken til det var at arbeidsmåten i forbindelse med rehabilitering i hjemmet er vesensforskjellig fra vanlig hjemmesykepleie.

Borgere som ble vurdert til å ha potensial for rehabilitering ble plukket ut av et tverrfaglig team, og fikk rehabilitering i en tidsavgrenset periode. Teamet utarbeidet individuelle rehabiliteringsplaner. I Fredericia var det ikke frivillig å være med i prosjektet. De som skulle arbeide i teamet måtte klare å se utviklingspotensialet hos borgeren, og de måtte klare å gi intervensjon som innebar å trene opp pasienten til å klare egendefinerte daglige gjøremål. Pasienten skulle være den aktive i rehabiliteringen. Hjelpen skulle dekke alle typer ytelser. Personalet brukte mye mer tid enn det som var vanlig i hjemmesykepleie fordi de skulle vente på at pasienten skulle bli klar til å utføre handlingene selv (Kjellberg, 2011).

#### **3.8.2. Kjellbergs råd til kommuner som ønsker å bruke erfaringer fra Fredericia**

Prosjektet i Fredericia kostet en del penger. Kjellberg mener kommunen likevel har spart flere millioner på fokusendringen fra hjemmesykepleie til hjemmerehabilitering. Hun har noen råd til kommuner som ønsker å bruke modellen.

- Sett av nok penger til prosjektet selv om man ikke ser resultatene før etterpå.
- Hold fast på at dette er et kvalitetsforbedrende prosjekt.
- Ha en tydelig og godt forankret ledelse av prosjektet.
- De som skal arbeide i pasientenes hjem må få spesiell opplæring i rehabilitering.
- Gi gode fysiske rammebetingelser for de som skal arbeide i prosjektet.
- Sørg for at prosjektet kan utvikles i flere trinn.
- Dokumenter resultater; pasientenes opplevelse av livskvalitet og selvhjulpenhet, personalets tilfredshet og kommunens totale utgift til pleie og omsorg.
- De som samarbeider i rehabilitering må ha et felles fundament, samarbeide tett og være motiverte (Kjellberg, 2011).

I Fredericia har man en klar nedgang i antall pleietimer/år mens antall rehabiliteringstimer ikke har steget tilsvarende (Uddannelsescenteret Fredericia, 2011, Kjellberg, 2011).

### **3.9. Kostnadseffektive tiltak**

Kostnader i forbindelse med rehabilitering etter hjerneslag er i utgangspunktet store. Av den grunn er det viktig å øke fokus på forebygging av hjerneslag, på sekundær- og tertiærforebygging av nye slag, og på tidlig og god rehabilitering. Reduserte funksjonshemminger betyr lavere utgifter for kommunene framover i tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Kunnskapssenteret har kommet med en ny rapport, der man blant annet ser på forskjeller i dødelighet, følgetilstander etter hjerneslag og kostnadseffektivitet. Det som sammenlignes er pasienter med hjerneslag som behandles i sengeavdeling kontra pasienter som behandles i slagenhet. Videre sammenlignes pasienter som får behandling i slagenhet med pasienter som får tidlig støttet utskrivning fra slagenhet. Man konkluderer med at behandling med tidlig støttet utskrivning/tett oppfølging i hjemmet er det mest kostnadseffektive: *”For helsevesen og samfunn kan god organisering redusere kostnader og effektivisere ressursbruk”* (Kunnskapssenteret, 2010, s. 2). Også Helsedirektoratet sier det har vist seg at tidlig støttet utskrivning er kostnadsbesparende sammenlignet med rehabilitering i slagenhet. Liggetid i

institusjon reduseres på denne måten med 8 døgn (Helsedirektoratet, 2010). Det ser altså ut som at tidlig støttet utskriving fra slagenhet både er det beste med hensyn til rehabilitering av pasienten, og med hensyn til økonomi for kommunene.

I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen får spesialisthelsetjenesten mindre penger, mens kommunene får mer. Kommunene kan til dels velge å la spesialisthelsetjenesten fortsette å ha ansvar for utskrivningsklare pasienter, eller de kan etablere rehabiliteringstilbud til pasientene innenfor kommunale/interkommunale rammer. Samtidig har spesialisthelsetjenesten et ansvar. De skal være med og gi råd, oppfølging i forbindelse med rehabilitering og være formidlere av spesialisert kunnskap om rehabilitering og sekundær-/tertiærforebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

#### **4. Metodisk tilnærming i prosjektet**

Dette har vært et utviklingsarbeid, der eksisterende kunnskap fra forskning er tatt i bruk, men har blitt satt i system på en ny måte. Det nye har blant annet vært at tidlig støttet utskrivingen av slagpasienter skulle foregå i mindre kommuner enn der de større studiene er gjort. Et helseforetak og tre kommuner skulle samarbeide for å få dette til. I kommunene har man tidligere ikke arbeidet systematisk med rehabilitering i hjemmet. Derfor er også ny organisering av tjenester, og nye overføringsrutiner fra sykehus til kommunene viktige fokusområder. På den måten er det flere tema som må belyses i utviklingsarbeidet; til forskjell fra forskningsstudier der man gjerne studerer færre områder en del grundigere enn hva vi gjør her. I forbindelse med prosjektet kan likevel nye problemstillinger bli aktuelle. Disse kan senere bli gjenstand for forskning.

##### **4.1. Kunnskapsinnramming**

I vårt samfunn er det et økende krav at kunnskap vi bruker skal være forskningsbasert. Forskning kan være kvantitativ eller kvalitativ, og kan ha ulike grader av pålitelighet og generaliserbarhet. Systemene vi arbeider innenfor i helsevesenet er svært komplekse, og både systemene og kunnskapen er i kontinuerlig forandring. Alt vi gjør i helsevesenet kan derfor ikke være basert på resultater fra forskning. Kunnskap som er samlet ved langvarig erfaring er også en vesentlig del av vår samlede kunnskap. På individuelt nivå er pasientens egen kunnskap om sitt liv vesentlig viktig (Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). Pasientene har rettigheter i forhold til hvilken behandling han eller

hun vil ta imot (Helse og omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-63) og helsepersonell skal ha respekt for pasientenes integritet og ivareta deres verdighet (Verdighetsgarantien, 2010). Forskning innenfor motivasjon viser i tillegg at det er viktig å ivareta eller vekke menneskers motivasjon hvis de skal arbeide for å nå et gitt mål. Motivasjonen og innsatsen øker når det er et mål man selv ønsker å oppnå til forskjell fra mål andre setter opp for en (Rand, 2003). I terapeutiske verktøy i forbindelse med rehabilitering, som for eksempel ergoterapeutenes verktøy Canadian "Occupational Performance Measure" (COPM) (Ergoterapeutforeningen, COPM, u.å.) er pasientens egen motivasjon avgjørende viktig. I Helse Vest tas faglige avgjørelser både på bakgrunn av forskning, erfaring og pasientkunnskap. Det er dette som ligger i begrepet Kunnskapsbasert praksis (KBP) (Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). Innenfor prosjektet har vi tatt høyde for, og tatt i bruk kunnskap i tråd med denne definisjonen.

Når samfunnet og dets organisering er i endring skjer det til dels som en følge av ny kunnskap på ulike områder. Dette er likevel ikke hele forklaringen. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) og de nye kravene den stiller til organisering av tjenester har bakgrunn både i at det i årene framover vil være flere eldre i befolkningen, at samfunnet må forvalte ressursene mer effektivt og at tjenester som tilbys i nærhet til pasientenes vante omgivelser ofte stimulerer vedkommendes helse mer positivt enn det langvarige opphold i sykehus gjør. Reformen hviler på kunnskap og erkjennelser. Når den nå er satt ut i livet er mye satt i bevegelse, og det er ikke enkelt å forutse alle konsekvensene av reformen. Man vil trenge å samle forskjellige typer kunnskap og erfaringer underveis og i etterkant av dette.

#### **4.2. Noen elementer fra aksjonsforskning**

Vitenskapen og livet for øvrig henger sammen, og kunnskap som utvikles må være gyldig for menneskene som skal bruke den. Aksjonsforskning tar utgangspunkt i at kunnskap skapes gjennom aktivitet, og at den etterpå skal brukes aktivt. Slik skapes levende kunnskap som får innflytelse på praksis i organisasjonene. Et viktig verktøy i aksjonsforskning er å la en gruppe som kjenner problemet på kroppen være med og identifiserer hvilke problemstillinger som trenger å belyses. Fokusgruppeintervju som arbeidsverktøy for å finne fram til relevante spørsmålsformuleringer er et eksempel på det. Man kan også la personer eller grupper som kjenner problemstillingen være med samle inn data, eller de kan jobbe med å finne praktiske

løsninger på et gitt problem når dette dukker opp. Det å stimulere til ønskelige endringer sosialt og politisk er også verktøy som brukes (Reason og Bradbury, 2010).

Vårt fokus var at 3 kommuner skulle ruste seg for å ta imot nye oppgaver i forbindelse med at pasienter med hjerneslag skulle få rehabilitering hjemme. Sykehuset skulle være med og legge til rette for det. Det har med andre ord vært mye aktivitet og endring, og prosjektgruppen har kontinuerlig arbeidet med å finne løsninger i forhold til mandatet. Med en erfaren overlege fra rehabiliteringsavdelingen på sykehuset, sykepleiere og fysioterapeut med lang erfaring fra klinikk, rehabilitering og prosjektledelse fra strategisk viktige avdelinger i kommunene, en aktiv og oppdatert brukerrepresentant samt en FOU-ressurs fra høyskolen hadde vi god tverrfaglig representasjon i prosjektgruppen. Slik kom kunnskap og tradisjoner fra forskjellige organisasjoner i spill. Sammen skulle vi utvikle noe nytt; og legge grunnlaget for en ny organisering av tjenestene for målgruppen. Tiltakene som ble iverksatt har hatt som ambisjon å styrke innflytelse fra de riktige faggruppene, posisjonene og avdelingene i kommuner og helseforetak i forhold til mål for prosjektet.

### **4.3. Aktør-nettverk-teori (ANT)**

Innenfor aktør-nettverk-teori (ANT) er man mer opptatt av å beskrive hvordan synet på kunnskap på et område utvikles. På grunn av at samfunnet er i konstant forandring vil det gradvis oppstå behov for å utforske kunnskap på områder man tidligere har hatt mindre fokus på. Trinnene i hvordan ny kunnskap formuleres, eller eksisterende kunnskap omformuleres, beskrives. Resultat er gjerne at en kunnskap får en annen betydning enn før; at noe av den opprinnelige meningen fjernes eller at det legges til noe nytt i det eksisterende begrepet. I ANT-vendinger sier man da at det dannes nye hybrider. Endringsprosessene som skjer i møtet mellom ulike standpunkter er av stor interesse og studeres utenfra; i perspektivet av en "flue på veggen". Ved å beskrive bevegelsene som foregår i et nettverk med ulike aktører som har hånd om et kunnskapsområde kan man få øye på hvordan gyldig kunnskap gradvis konstrueres og omkonstrueres (Latour, 1987, Latour, 2008).

Samhandlingsreformen fokuserer på at det skal utvikles mer kunnskap om rehabilitering i kommunene. Et eksempel på hva man innenfor ANT kan lure på i den forbindelse er om rehabilitering i pasientenes hjem vil være det samme som rehabilitering i en rehabiliteringsavdeling på sykehus eller særskilt rehabiliteringsinstitusjon. Hvilke kunnskaper

og hvilke interesser har dominert prosessen der det nye skulle formuleres? Er rehabiliteringsbegrepet endret, og hvordan kan rehabiliteringen gjennomføres praktisk i åpen omsorg i kommunene?

I prosjektet har det vært representanter for kommunene Bømlo, Stord og Fitjar, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund. Det ambulante teamet har bestått av fysioterapeut, ergoterapeuter og omsorgsarbeider med videreutdanning i rehabilitering. Alle disse har kunnskap om hjerneslag. Hjerneslag ses likevel fra forskjellig synsvinkel av ulike yrkesgrupper. Pasienten selv, pårørende og personell i kommunehelsetjenesten har ytterligere perspektiver, både på hva hjerneslag er, hva det betyr for livet nå og framover, og hvordan rehabilitering bør foregå.

Vi har ikke gått dypt inn i begrepene verken i aksjonsforskning eller ANT, men FOU-medarbeideren har brukt disse perspektivene som arbeidsform. Resultatene gjengis i formuleringer som kan gjenkjennes av helsepersonell og deres ledere. Hva vi vil vise er at ulike synspunkt veies opp mot hverandre i utviklingen av tjenester som skal ivareta god tverrfaglig rehabilitering for pasientene i prosjektet. Det gjelder først og fremst ulike meninger om hvilken type innsats og intensitet i trening man skal legge opp til, og hvordan tjenestene bør organiseres for å ivareta dette.

Aksjonsforskningen tillater i større grad enn ANT at den som studerer prosessen selv er en del av denne. I prosjektet har FOU-ressurs vært en del av prosjektgruppen, og derfor hatt innflytelse på prosessene. FOU-ressursens viktigste oppgave har likevel vært å følge med på, og dokumentere prosessen og funnene på en systematisk måte. Prosessen er beskrevet i fylldige referat, som i ettertid har blitt studert. Slik har både aksjonsforskning og ANT vært verdifulle framgangsmåter for å finne fram til, og studere utviklingen og resultater av prosjektet. Informasjonen i referatene er hovedsakelig brukt i kapittel om nytt, forbedret pasientforløp. Informasjon fra evalueringssamtaler med ambulant team, ledere i hjemmetjenestene og koordinatorene for rehabilitering er først og fremst brukt i kapittel om nytt, forbedret pasientforløp og i diskusjonen. Prosjektgruppen og alle som har vært med i evalueringssamtalene har hatt mulighet til å validere informasjonen før rapporten ble ferdigstilt.

#### **4.4. Fokusgruppe med Hordaland lokallag av Landsforeningen for slagrammede (LFS) som grunnlag for spørreskjema**

I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen er det generelt et behov for å evaluere om innføring av reformen fører til bedre koordinerte tjenester. Kunnskapssenteret har gjort en litteraturstudie med hensikt å vurdere om det finnes tilgjengelig relevante og validerte måleverktøy som kan måle brukeres erfaring med samhandling mellom nivåer og mellom ulike deler i helsetjenesten. Man konkluderer med at det er brukt ulike måleverktøy til dette formålet i ulike deler av verden, men at det fortsatt ikke finnes tilstrekkelig gode verktøy til måling av brukeres opplevelse av samhandling mellom tjenester innen helsesektoren i Norge. Kunnskapssenteret foreslår fokusgruppeintervju som en metode for å få laget relevante spørsmål til spørreskjema for i noen grad å kunne måle kontinuitet i behandlingsskjede og helhet i pasientforløp (Kunnskapssenteret, 2011).

Det ble gjort et fokusgruppeintervju med styret for Hordaland lokallag av LFS den 4. januar 2012. Spørsmål om frivillig deltakelse og forklaring av hensikt med intervjuet ble sendt dem i forkant. Spørsmålene gjaldt om det per dags dato var tilstrekkelig kompetanse på rehabilitering av hjerneslag i de ulike delene i behandlingsskjeden, og deres opplevelse av kontinuitet i behandlingsskjeden.

##### **4.4.1. Synspunkt fra fokusgruppen**

I fokusgruppen kom det fram at andre faggrupper enn de som var tenkt i prosjektet kanskje burde vært koblet inn i forbindelse med rehabilitering ved hjerneslag. Psykolog, sosionom, NAV og håndverkere (til hjelp ved behov for ombygging/tilrettelegging hjemme) var faggrupper som ble nevnt. Kontinuitet og oppfølging av en personlig koordinator ble sett på som viktig for rehabiliteringen; koordinator måtte kunne mye om rehabilitering, og måtte vite hvem som skulle kontaktes i ulike situasjoner. Også det å avdekke og gi rehabilitering av kognitive skader ble sett som viktig å fokusere på. Dette selv når pasienten i utgangspunktet så ut til å klare seg selv i personlig ADL hjemme. Viktigheten av å skape motivasjon for rehabilitering allerede i akutfasen ble løftet fram. Pasienter med hjerneslag kan få motivasjon til å jobbe med egen rehabilitering ved at de møter andre som har hatt slag, og som har fått rehabilitering. Lokallaget har utdannede likemenn, og ga signaler om at de ønsket å være til støtte for andre med hjerneslag.

En sideeffekt av at pasienter får rehabilitering i hjemmet er at hjemmet kan oppleves som en institusjon, og at pårørende kan finne seg selv i rollen som pleiemedhjelpere i større grad enn ønskelig. Dette mente lokallagets styre at man som helsepersonell måtte være oppmerksomme på. Hvis pårørende skulle være en ressurs for pasientene ville det være en forutsetning at de selv ble ivaretatt (Fokusgruppeintervju 4. januar 2012).

#### **4.4.2. Spørreskjema til pasienter og pårørende etter rehabilitering**

På bakgrunn av informasjon gitt i fokusgruppe med styret i Hordaland lokallag av LFS, og i samtale med ambulant team, utarbeidet vi spørreskjema. Vi ville måle brukernes erfaringer i forbindelse med etablering av nytt behandlingsforløp med ambulant team i rehabilitering. Ville pasientene få bedre og mer koordinerte tjenester? For å få svar på det utarbeidet vi et spørreskjema med plass for egne kommentarer for pasienter, og ett for pårørende. Spørsmål om frivillig deltakelse og forklaring av hensikt med intervjuet ble sendt hjem til pasientene i forkant. Spørsmålene gjaldt opplevelsen av kontinuitet i behandlingsskjeden, og hvorvidt de opplevde at det var tilstrekkelig kompetanse på rehabilitering av hjerneslag i prosjektperioden. 21 av 29 pasienter, og 17 av de pårørende har svart på spørreskjemaene.

Prosjektet er for lite til at vi kan generalisere på grunnlag av svarene fra undersøkelsen, men informasjonen kan være gyldig for den lokale konteksten. Informasjonen kan være en indikator på hva vi har lyktes med og hva som ikke har fungert, og kan brukes til videreutvikling av tjenestetilbudet til pasientgruppen. Informasjon fra intervju med pasienter og pårørende er presentert i egne kapitler.

#### **4.5. Evalueringssamtaler med ambulant team, ledere i hjemmetjenestene, koordinatorene for rehabilitering og med prosjektgruppen**

Etter at gjennomføringsdelen av prosjektet var avsluttet hadde FOU-ressurs i prosjektet evalueringssamtaler med det ambulante teamet, med ledere for hjemmetjenestene og koordinatorene for rehabilitering i spesialisthelsetjeneste og kommuner. Samtalene ble forberedt med informasjon om formålet, og med noen spørsmål som ble sendt ut i forveien. Slik hadde de som skulle delta mulighet til å forberede seg. Spørsmålene var likevel ikke låst, og det som lå personalet nærmest på hjertet fikk plass i samtalene. Førstelektor Arvid Birkeland fra HSH/Haugesund hadde en evalueringssamtale med prosjektgruppen og har skrevet et kapittel om dette. Informasjon fra de øvrige samtalene er gjengitt under ett, og er



hovedsakelig framstilt i kapitlet om ny behandlingsskjede. På den måten har vi tilstrebet å ivareta anonymitet samtidig som synspunkt fra ulike viktige tjenester i tiltakskjeden er belyst.

## **5. Inklusjon**

Pasienter hjemmehørende i kommunene Stord, Bømlo eller Fitjar som fikk hjerneslag mellom 1. mars og 31. desember 2012, og som ble utskrevet fra slagpost i Helse Fonna eller fra seksjon for spesialisert rehabilitering ble inkludert. Det samme ble pasienter med behov for et mellomopphold på kommunal rehabiliteringsinstitusjon. I tillegg ble pasienter med tidligere hjerneslag, som ble innlagt med annen sykdom men der sekveler etter hjerneslag likevel var hovedårsak til forverret funksjonsnivå, inkludert.

Det bodde 17 804 personer i Stord kommune, 11 421 i Bømlo og 2 929 i Fitjar per 31. desember 2010. Til sammen i kommunene bodde det 32 154 personer. Antall personer som får hjerneslag på landsbasis ble i 2012 estimert til 15.000 per år. For de tre kommunene regnet vi med ca 60-70 personer med hjerneslag i 2012, og at mange av disse kunne inkluderes i prosjektet.

## **6. Eksklusjon**

Personer som bor i Bømlo, Fitjar eller Stord kommune, og som fikk hjerneslag før 29. februar 2012 eller etter 31. 12.2012 ble ikke tatt med. Pasienter som hadde behov for rehabilitering mellom kl. 22 og kl. 08 og pasienter med behov for sykehjemsplass ble ekskludert.

## **7. Etikk og risikovurdering**

Prosjektet kan munne ut i ny anbefalt prosedyre for samhandling og gode pasientforløp for pasienter med hjerneslag i Stord, Bømlo og Fitjar. Vi risikerer eventuelt at kommuner og helseforetak ikke vil ta imot vår anbefaling. I prosjektets mandat lå ikke å endre kommunal organisering eller interne strukturer, heller ikke å endre innhold i rehabiliteringstjenesten i den enkelte kommune. Prosess med involvering av ulike nivå i kommuner og helseforetak, og resultat i progresjon i ADL-funksjon hos pasientene kan føre til at kommunene og helseforetaket ønsker en slik endring. Det samme kan vurdering av kvaliteten på samhandling som oppnås, helhet i pasientforløp og økonomi.

Vi har videre sett det som viktig å jobbe kontinuerlig med forankring av prosjektet for at kommunenes ledelse og tjenester skal oppleve eierskap til det. På grunn av lite tid til prosjektledelse og ingen avsatte ressurser til prosjektmedarbeidere har ikke dette vært optimalt, men vi har klart det i noen grad.

Pasienter som får rehabilitering hjemme har ikke hjelp tilgjengelig i like stor grad som ved rehabilitering i institusjon. Dette må vurderes opp mot nødvendig helsehjelp.

Det å delta i spørreundersøkelser om behandlingsforløp kan oppleves som en belastning for pasienter og pårørende, som gjerne har annet å tenke på etter hjerneslaget. Det at noen spør om hvordan behandlingsforløpet og rehabiliteringen har vært kan også oppleves som et gode. Vi kan ikke se at dette skulle være en alt for stor belastning.

At det ble holdt evalueringssamtaler med ambulant team, ledere for hjemmetjenestene, prosjektgruppe og koordinatorene har tatt litt tid og konsentrasjon for dem det gjaldt. Her ser vi at samtalene også kan ha bidratt til å få luftet ut frustrasjon og komme i prosess for videre forbedring i arbeid med organisering av tjenestene for å oppnå ønsket rehabilitering for pasientene. Dette ser vi først og fremst som positivt.

## **8. Konsesjon**

For å finne ut om prosjektet er konsesjonspliktig var vi i kontakt med Datatilsynet ved Henok Tesfazghi den 14. desember 2011. Han sa at *"det springende punktet er hvorvidt man klarer å ivareta anonymitet"*. Man kan ha fokusgruppeintervju der det fokuseres på å finne gode spørsmål til spørreskjema for helsepersonell og/eller pasienter/pårørende. Dette kan gjennomføres uten å søke konsesjon fra Datatilsynet så lenge fokusgruppen er stor nok, og så lenge informasjonen man etterspør ikke er personlig. Dersom gruppen av informanter er mindre enn fem personer må det søkes om tillatelse.

Så lenge spørsmålene gjaldt tjenestene og forbedring av disse kunne vi gjennomføre undersøkelser sammen med helsepersonell og pasienter/pårørende uten å søke konsesjon hos datatilsynet.

## 9. Beskrivelse av rehabiliteringsforløp før oppstart av prosjektet

### 9.1. Pasientforløp i Helse-Fonna

Pasienter med hjerneslag legges inn i slagenhet ved nevrologisk seksjon, Haugesund sykehus, eller i slagenhet ved medisinsk seksjon, Stord sykehus, for akutt -behandling. Rehabilitering startes første døgn. Etter 4-7 døgn i slagenhet blir noen pasienter overflyttet til rehabiliteringsseksjonen. De fleste pasientene blir skrevet ut for videre rehabilitering i hjemkommunen. I tråd med Samhandlingsreformen varsles hjemkommunen innen 24 timer etter innleggelse når det er forventet at pasienten trenger kommunale tjenester ved utskrivning.

### 9.2. Rehabilitering i Helse-Fonna

Helse-Fonna har en "Seksjon for Fysikalsk medisin og Rehabilitering" som organisatorisk ligger i medisinsk avdeling. Seksjonen har sengepost med 10 senger for spesialisert rehabilitering lokalisert ved Stord sykehus. Denne har legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og lege i spesialisering samt sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og psykolog. Det er også regelmessig tilgang på ortopedingeniør. Målgruppen for spesialisert rehabilitering er personer som har sammensatte funksjonsproblemer som følge av sykdom eller skade med behov for intensivt og/eller spesialisert opptrening.

Terapiansatte i seksjonen server også andre kliniske avdelinger ved Stord sykehus. Seksjonen har fysikalsk-medisinsk poliklinikk som først og fremst er rettet mot skulder- og ryggplager. Ved Haugesund sykehus er de terapiansatte organisert i egen seksjon (seksjon for terapeutiske spesialtjenester). Seksjonen er organisert i medisinsk klinikk.

Ved utskrivning fra rehabiliteringsseksjonen tilstrebes god planlegging, ofte i form av nettverksmøte der pasient, pårørende, lege, aktuelle fagpersoner fra tverrfaglig team samt representant fra kommunen deltar. Det benyttes i noen grad hjemmebesøk hos pasienten der man kan gjøre nødvendige tiltak i forhold til pasientens hjemmemiljø.

Helse-Fonna hadde ikke ambulante team innen rehabilitering før oppstart av prosjektet. Det var en forventning i nasjonale og regionale retningslinjer at dette skulle etableres i alle foretak. I helseforetaket hadde man derfor ønske om å delta i prosjektet, og få erfaring med

arbeid i ambulante team for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

### **9.3. Rehabilitering i Sunnhordlandskommunene Stord, Bømlo og Fitjar før oppstart av prosjektet**

På Stord har man et inntakskontor som kontakt som gjelder spørsmål om kommunale tjenester mellom helseforetak og kommunens helseinstitusjoner eller hjemmebaserte tjenester kanaliseres gjennom. Man har en koordinerende enhet for rehabilitering. Derfra gis vedtak på tjenester innenfor rehabilitering, som kan være rehabilitering i hjemmet, dagtilbud eller døgnkontinuerlige tilbud. Det finnes et rehabiliteringssenter der 3-5 sengeplasser er øremerket korttidsopphold for rehabilitering. Ulike treningstilbud er knyttet til rehabiliteringssenteret.

I Bømlo kommune tar man kontakt med enhetsleder for den sonen det gjelder. Kommunen har en koordinerende enhet for rehabilitering. "Bømlo bu og rehabilitering" (BBR) er Bømlo sin institusjon for korttidsopphold. Der er det også 5 rehabiliteringssenger. Man har god kompetanse på rehabilitering ved institusjonen. Lege, ergoterapeut og fysioterapeut følger opp pasienter med behov for rehabilitering.

I Fitjar har man en koordinerende enhet. Søknad om rehabilitering blir vurdert av et tverrfaglig team. Tiltak settes i verk i hjemmet eller på sykehjem. To korttidsplasser på sykehjem blir benyttet til pasienter med behov for rehabilitering. Når pasienten ønsker det opprettes en individuell plan (Njærheim, 2011).

Til tross for disse synlige strukturene var det en krevende oppgave å finne ut hva som var dagens pasientforløp for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar før oppstart av prosjektet. Det var heller ikke samme pasientforløp for alle pasientene. Noen fikk rehabilitering ved rehabiliteringssenteret på Stord, noen på BBR på Bømlo, en del ved private rehabiliteringsinstitusjoner mens noen av pasientene dro rett hjem.

### **9.4. Behandlingskjedens mangler før oppstart av prosjektet**

Kapasitet: Antall rehabiliteringsplasser i sykehus og kommune var i for liten grad tilpasset behovet.

Overføring mellom nivåene: Det var usikkert hvorvidt relevant informasjon om pasienten nådde fram til de som skulle ha ansvar for pasienten etter utskrivelse. Ambulante team for rehabilitering var ikke etablert.

Kommunene og spesialisthelsetjenestene samarbeidet ikke godt nok om å legge til rette for opplevelse av helhetlige behandlingsforløp.

Det var for liten tradisjon for at man i hjemmesykepleien skulle ha ansvar for rehabilitering, særlig på det kognitive feltet.

## **10. Administrativ forankring og forankring i alle aktuelle tjenestene**

Det var viktig å forankre prosjektet grundig ved å være i dialog med, og gi et eierforhold til prosjektet på administrativt nivå. I styringsgruppen for prosjektet, som også er styringsgruppe for Helsetorgmodellen, har ledere fra Bømlo kommune, Stord kommune, Helse Fonna og HSH vært representert, mens leder for Fitjar ikke har vært representert. Det har derfor vært nødvendig å ha møter for strategisk ledelse i kommunene og møter der strategisk ledelse for alle de fem samarbeidspartene har vært til stede. Kontaktperson mellom styringsgruppen og prosjektleder/prosjektgruppe har vært styringsgruppen sin representant fra Bømlo. Rollen til kontaktperson har vært en del uklar, men kontaktpersonen har blant annet hatt som oppgave å holde kontakten med ledere for øvrige samarbeidsparter og å lage møtepunkter. Det har i en viss utstrekning lyktes å involvere og forankre prosjektet i kommunal ledelse, selv om stillingsprosent til prosjektledelse har vært for liten til å kunne være i tilstrekkelig hyppig dialog med alle aktuelle samarbeidsparter. Vi mener likevel at prosjektet er godt forankret i ledelsen i kommunene, ikke minst takket være kontaktpersonen.

Også ved at medlemmene i prosjektgruppen har hatt referansegrupper, der noen av referansegruppene har bestått av strategisk viktige personer for prosjektet i kommunene, har man sørget for forankring av prosjektet. Innspill fra referansegruppene har blitt tatt med i den videre utviklingen av prosjektet.

### **10.1. Felles fagdag som startskudd for prosjektet**

17. januar 2012 arrangerte prosjektgruppen en fagdag på HSH på Stord. Hovedfokus var gjennomføring av prosjektet. Pia Kürstein Kjellberg fra Danmark foreleste om

hjemmerehabilitering og Gudbjørg Øen ved HSH på Stord om motiverende intervju (MI). Berthe Rossebø presenterte nasjonale og regionale føringer for rehabilitering ved hjerneslag og Astrid Larsen orienterte om prosjektet. Fagdagen ble godt besøkt av personale i mange deler av kommunene, politikere og personell fra andre kommuner som har prosjekter i Helsetorgmodellen.

## **10.2. Det ambulante teamet fikk to intense opplæringsdager**

Ved ansettelse fikk medlemmene i det ambulante teamet to dager med intensiv opplæring. De skulle ha en sentral rolle i gjennomføring av prosjektet, og det var viktig at de fikk sette seg skikkelig inn i prosjektplan, organisering i spesialisthelse- og kommunehelsetjeneste og hvilke arbeidsoppgaver de skulle ivareta.

## **10.3. Informasjon om prosjektet i kommunene**

Tanken var at alle som var involvert i arbeid med hjemmerehabilitering av pasienter med hjerneslag skulle få lik informasjon, og at det skulle dannes naturlige nettverk mellom parter som var involvert. I kommunene har det vært møter på ulike nivå, blant annet med ledere for hjemmetjenestene. På ett av møtene med ledere for hjemmetjenestene var alle tre kommunene representert, men på de fleste møtene har vi ikke fått det til. Det har blitt gitt informasjon om prosjektet, og partene har fått komme med innspill til prosjektets videre utvikling.

For at pasientene skulle få rehabilitering og ikke bare pleie så vi det som avgjørende viktig å forankre det i hjemmetjenesten. Det ambulante teamet laget et informasjonsopplegg som ble brukt for ledere og personell i hjemmetjenesten. Slik fikk disse møte hele det ambulante teamet og fikk informasjon om arbeidsformer som er viktige i rehabilitering.

## **10.4. Fastlegene**

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i et tverrfaglig teamarbeid, blant annet for å motivere og foreslå tiltak for den enkelte pasient. Intensjonen var også å få en god forankring av prosjektet hos pasientenes fastleger. Dette har vi ikke har klart i tilstrekkelig grad. Fastlegene har fått informasjon gjennom sine kanaler som er faste møter og Kommunelege 1. Det ville vært en fordel med et tettere samarbeid mot legegruppen, og mer involvering fra deres side. Vi ser i ettertid at det burde vært utarbeidet en rutine for kontakt med pasientenes leger.

## **10.5. Informasjon til personell i slagenheten**

Personalet i slagenheten ved Stord sykehus fikk god informasjon om prosjektet. Haugesund sykehus ble i en viss grad informert. Her spilte ambulant team en viktig rolle. Koordinator for ambulant team er fysioterapeut. Hun har hatt 50 % stilling inn i ambulant team, og 50 % ved Stord sykehus. I forbindelse med sitt arbeid har hun en naturlig kontakt med både slagenhet og rehabiliteringsenhet. Leder for slagenheten har 10 % stilling inn i det ambulante teamet, noe som har bidratt til å forankre prosjektet ved Stord sykehus. Pasientene har mest kommet fra Stord sykehus, også dette har bidratt til at personell ved Stord sykehus har bedre kjennskap til prosjektet enn personalet ved Haugesund sykehus har.

## **11. Resultater. Utvikling av nytt forbedret pasientforløp for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar**

I arbeid med prosjektplan (2011/2012) hadde vi en detaljert plan for gjennomføring. Når vi kom til den praktiske gjennomføringen gikk en del etter planen, mens deler av gjennomføringen skjedde på andre måter enn først intendert. Til dette kapitlet har vi hentet informasjon fra prosjektplan, referat fra møter i prosjektgruppen, fra møter med ulike instanser i kommunene og med styringsgruppen for Helsetorgmodellen. Alt dette er en del av utviklingen av prosjektet, og gjengis samlet. De ulike møtedatoene blir ikke presisert, men referatene kan hentes fram dersom ønskelig. Kapitlet har videre informasjon fra evalueringsmøter med ambulant team, med ledere for hjemmetjenesten og koordinatorene for rehabilitering i kommune og helseforetak. Også dette gjengis samlet.

Vi valgte å bruke deler av Fredericia modellen. I tillegg til å gi pasientene rehabilitering i eget hjem har samhandling mellom kommuner, samarbeid og informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, samarbeid innad i kommunene og kontinuerlige og helhetlige pasientforløp vært viktigste fokusområder. Man har også hatt fokus på samarbeid mellom helsevesen og høyskolen Stord/Haugesund. Prosjektgruppen ser at fagpersoner med ulike ståsted har kunnet komplettere og bruke hverandres kunnskaper og erfaringer i utviklingen av prosjektet. Et resultat av dette har blant annet vært et økt fokus på tverrprofesjonelt samarbeid (TPS) både i prosjektet og i høyskolen.

### **11.1. Innleggelse av pasienter i slagenhet**

Hvordan pasienter med hjerneslag legges inn i slagenhet for akutt behandling er ikke endret i forbindelse med gjennomføring av prosjektet med unntak av at "Regional plan for slagbehandlingskjeden/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest" (Helse Vest, 2011) nå sier at også pasienter med TIA skal legges inn (ved å ringe 113 og ikke først innom legevakt) og utredes på sykehus. Dette er en skjerping i forhold til de nasjonale retningslinjene, som muligens har medført at pasientene i prosjektet har hatt lettere utfall av hjerneslag enn først forventet.

### **11.2. Overføringsrutiner i forbindelse med utskriving av pasienter fra slagenhet og til hjemmet**

Overføringsrutinene i forbindelse med utskriving fra sykehus er endret. Koordinator for det ambulante teamet har deltatt på ukentlige møter i slagenhet og rehabiliteringsavdeling ved Stord sykehus. Her har hun fanget opp hvilke pasienter fra Stord, Bømlo eller Fitjar som var aktuelle å ta med i prosjektet, og viktig informasjon om disse. Pasientene har blitt tverrfaglig kartlagt på sykehuset som før, og har blitt skrevet tidlig ut til hjemmet i tråd med Samhandlingsreformen, statlige og regionale retningslinjer og prosjektplan.

### **11.3. Nytt ambulant team i rehabilitering**

Det ble opprettet følgende nye stillinger til tverrfaglig ambulant team:

- 40 % ny stilling i Stord kommune, (ergoterapeut)
- 40 % ny stilling i Bømlo, (hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering)
- 40 % ny stilling i Fitjar, (ergoterapeut)
- 50 % ny stilling i Helse Fonna (fysioterapeut, koordinator for det ambulante teamet)
- 10 % stilling i Helse Fonna (sykepleier, leder av slagenheten)

Teamet ble ansatt fra 1. mars 2012, og måtte raskt gjøre seg kjent med nye kollegaer og en ny og til dels uoversiktlig arbeidssituasjon. Det skulle lages retningslinjer for hvilke pasienter som skulle få rehabilitering i hjemmet, og retningslinjene skulle gjøres kjent i helseforetaket. Man skulle også lage en mal for hvordan pasientenes rehabiliteringsplaner/individuelle planer skulle utformes.



Teammedlemmene har hatt delte stillinger slik at de i tillegg har jobbet som fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider og miljøarbeider i turnus, i sykehuset og i kommunene. Teamet har i prosjektperioden vært lønnet med prosjektmidler, men har hatt ansettelsesforhold i sine respektive kommuner og helseforetak. Ukentlig møtevirksomhet har foregått på Stord sykehus, der de har hatt møterom. Praktisk tilrettelegging for å kunne gjøre jobben ellers har vært overlatt til arbeidsgiver. Intensjonen var at alle, bortsett fra sykepleier i 10 % stilling, skulle jobbe tverrfaglig på tvers av kommunegrenser og organisatoriske grenser. Stillingsressurser har vært relativt små. Praktiske problem med ulike dokumentasjonssystemer har også spilt en rolle i at teamet ikke har klart å arbeide særlig mye i andre kommuner enn sin egen. Det å måtte ta tid til å sette seg inn i flere nye dokumentasjonssystemer i tillegg til lange avstander gjorde dette vanskelig. Stillingene har hovedsaklig vært brukt til konkret oppfølging av pasientene. Hver av teamets medlemmer har jobbet mest ut mot pasienter i "sin" kommune. Leder for det ambulante teamet har vært noe ute i kommunene, men har først og fremst deltatt i møter i slagenhet og rehabiliteringsavdeling og fulgt med på aktuelle pasienter som kunne skrives ut til hjemmet. Hun har vært viktig med hensyn til å bringe informasjon videre mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. Hele teamet har arbeidet med prosedyrer, utvikling av nye arbeidsformer og deltatt i tverrfaglige samtaler.

Det å bli ansatt i et nytt team i en prosjektperiode har ikke bare vært enkelt. Det var mye som ikke lå til rette ved oppstart, og unødvendig mye ressurser har måttet gå til arbeid med praktisk tilrettelegging av arbeidet. Dette gjaldt å finne egnede kontorplasser, utstyr og så videre. Teamet har også opplevd at de ikke har hatt tett nok dialog med prosjektgruppen, slik at deres kompetanse og innspill ikke i tilstrekkelig grad har blitt tatt hensyn til i utviklingen av prosjektet.

#### **11.4. Overordnet koordinering av rehabilitering og koordinering av tjenestene til den enkelte**

Koordinering av tjenester innen rehabilitering er satt på dagsordenen på mange nivåer i helsetjenesten. I Helse Vest finnes det et Regionalt kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering. Dette er lokalisert i Helse Bergen (Helse Bergen, 2013). Regionalt kompetansesenter har mange overordnede oppgaver i forhold til habilitering og rehabilitering, og har kontaktpersoner inn i helseforetak og høyskoler, også i Helse Fonna og

Høyskolen Stord/Haugesund. En oversikt finnes på deres hjemmeside under Helse Bergen (2013).

I Helse Fonna (2013) finnes det en koordinerende enhet (KE) for rehabilitering, der det er satt av 40% stillingsressurs til koordinator. Denne skal ha oversikt over rehabiliteringstilbud i opptaksområdet, og være et bindeledd i mellom helseforetaket og kommunene. Alle ledere på 2., 3. og 4. nivå i Helse Fonna har fått informasjon fra koordinator i KE og hva som forventes av dem som avdelingsledere i forhold til oppgaver relatert til koordinatorrollen og individuell plan. Det med hensyn til pasienter som trenger komplekse eller langvarige koordinert tjenester som rehabiliteringspasienter ofte gjør. Koordinator erfarer at mange av de som arbeider i helseforetaket likevel har liten kjennskap til KE i helseforetaket. Et av tiltakene for å øke kunnskap om rehabilitering er å informere på ledermøter i helseforetaket. KE arrangerer også møteplasser, som er fagdager der rehabilitering er i fokus. Da inviteres sykehus- og kommuneansatte.

Også i kommunene skal det være koordinerende enhet. Ikke alle norske kommuner har fått dette på plass ennå, men funksjonen KE er på plass i Stord, Bømlo og Fitjar. Både i helseforetak og kommuner er dette lovpålagte tjenester, som skal være med på å sikre at pasienter med langvarige og sammensatte behov for rehabilitering får helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tilbud. Vi regnet med at pasientene i prosjektet ville ha behov for koordinering og individuelle planer (IP).

Av evalueringssamtaler framgår det at noen av KE/koordinatorer for rehabilitering i kommunene har fått lite informasjon om prosjektet. De har ikke fått noen søknad om individuelle planer eller om personlig koordinator til pasientene. Uten slik søknad skjer det heller ikke noe. KE har lite ressurser, og har ikke tid til å drive med oppsøkende virksomhet. Hvis de hadde fått søknad ville de ha sørget for å gi personlig koordinator på riktig tjenestenivå dersom de ble vurdert å ha behov for langvarig hjelp og koordinerte tjenester. Også i andre tilfeller der man ut fra en individuell vurdering så det hensiktsmessig ville pasienten kunne få IP og koordinator. En som har mye med en pasient å gjøre ville da normalt blitt valgt som personlig koordinator.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) sier at IP skal lages for pasienter som har behov for langvarig hjelp. Pasienten skal da få tilbud om

koordinator. I KE i kommunene ser man ikke på rehabilitering i tre til fire måneder som langvarig hjelp. Man ser likevel på tidlig innsats og kortvarig rehabilitering som et riktig tiltak, og kunne ha foreslått personlig koordinator og IP til pasientene hvis de hadde fått søknad.

Da prosjektplanen ble skrevet regnet vi med at pasientene ville ha sammensatte behov og at de ville trenge rehabilitering i mange måneder. Vi regnet med at mange ville ha behov for hjelp fra hjemmetjenesten, og at man her burde finne en personlig koordinator som skulle koordinere tjenestene til den enkelte pasient. Koordinator skulle være i tett samarbeid med ambulans team, fastlege, pasient, pårørende, rehabiliteringsteam og andre terapeuter.

Planen var at ambulans team i dialog med kommunenes koordinatører skulle delta i utforming av tiltak og gi praktisk opplæring i forhold til den enkelte pasient, og at ambulans team og personlig koordinator etterpå skulle ha ansvar for opplæring av øvrig personell i hjemmetjenesten som skulle være i kontakt med pasientene. Personlig koordinator skulle ha ansvar for rehabiliteringsplan, og for å kalle inn til nettverksmøter i forbindelse med behov for endring av planen. Dette er helt i tråd med hvordan man i KE i kommunene tenker. KE har problemer med å finne egnede koordinatører for pasienter som trenger rehabilitering generelt, og har et ønske om at personell i hjemmetjenesten kan bli dyktiggjort i å være personlige koordinatører. Her presiseres det at en kontaktperson ikke er det samme som en personlig koordinator. Personlig koordinator bør ha hyppig kontakt med pasienten i sitt daglige arbeid, og ha tillit hos pasienten. Det kan ofte være bedre å ha med en hjelpepleier som kjenner pasienten på nettverksmøte enn en fra administrativt nivå.

Selv om kommunene har oppnevnt overordnede koordinatører, og har skriftlige rutiner for deres rolle og oppgaver, har det altså vist seg at mye er uklart når det kommer til praksis. Dette kan også ha å gjøre med at det vi har holdt på med har vært definert som et prosjekt, og at de som ellers skulle tatt tak i problemstillingene derfor ikke har kommet på banen. Ikke alle involverte har visst hva som var den kommunale koordinatoren for rehabilitering sin oppgave. Det har ikke kommet melding fra slagenheten til koordinerende enhet (KE) i kommunene om pasientene i prosjektet. Pasientene har blitt fanget opp av ambulans team. I noen tilfeller har den i ambulans team som hører til i kommunen pasienten bor i meldt fra til KE at det er en ny pasient i prosjektet. Det har ikke vært noe nærmere samarbeid med KE i kommunen enn dette. Det har kun blitt laget noen få vedtak om rehabilitering, pasientene

har ikke fått individuell plan eller personlig koordinator utenom ambulante team. Gruppelederne for hjemmetjenestene har hatt et visst ansvar for å være personlige koordinatorene, men har ikke vært i tett kontakt med pasientene. Alle pasientene likevel hatt personlig koordinator og fått laget rehabiliteringsplan fordi det ambulante teamet har fylt denne rollen.

I kommunene er det enighet om at man fra sykehuset burde ha fått melding om pasienter som trenger rehabilitering. Man burde ha en fast rutine på å ta kontakt med kommunenes bestillerenheter, slik at disse hurtig kunne fange opp pasienter med slikt behov. I den grad det lages rehabiliteringsvedtak i kommunene blir det utløst en del ressurser og muligheter for samarbeid. Det hadde det ambulante teamet kunnet spille på med hensyn til rehabilitering av pasientene i dette prosjektet.

### **11.5. Rehabiliteringsplaner/individuelle planer**

Intensjonen i prosjektplanen var at det skulle utarbeides rehabiliteringsplan mens pasientene var innlagt i slagenheten. Ambulant team og eventuell personlig koordinator skulle være med i utarbeiding av rehabiliteringsplanene mens pasientene lå i slagenheten. Det har vi ikke klart å gjennomføre på grunn av kort liggetid i sykehuset. Derimot har pasienten kommet i kontakt med sin kontakt i ambulante team i slagenheten.

Mens pasientene har ligget i slagenheten på Stord sykehus har det skjedd en tverrfaglig kartlegging av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og logoped. Skader som følge av hjerneslag og tidligere sykdom, og potensial for rehabilitering har blitt kartlagt.

Det har skjedd en vesentlig forbedring av informasjonsflyt innad på Stord sykehus i forbindelse med prosjektet. Det ambulante teamet har fått notater med informasjon om hva som er kartlagt både fra ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, sykepleier og lege. Dette gir veldig verdifull informasjon for dem i kommunen som skal følge rehabiliteringen videre opp.

Det har ikke vært mulig for medlemmer i det ambulante teamet å få tid til å være med og lage rehabiliteringsplanene mens pasientene har vært i slagenheten.

I forbindelse med utskriving til hjemmet har den i det ambulante teamet som skulle ha kontakt med pasienten i kommunen tatt kontakt med pasienten. Hun har da gjort avtale med pasientene om hjemmebesøk, som har vært frivillig. Pasienten har i den forbindelse

også fått informasjon om ambulant team og et telefonnummer de kan nås på. Den i det ambulante teamet som skulle følge opp gikk til pasienten til avtalt tid, og gjorde en kartlegging i forhold til motivasjon og hvordan vedkommende klarte seg i ADL hjemme. På den måten ble det i de fleste tilfeller ikke gjort noen ytterligere tverrfaglig kartlegging hjemme. På bakgrunn av tverrfaglig rapport med informasjon om pasientenes funksjon og ny kartlegging ble det utarbeidet en rehabiliteringsplan med mål og tiltak i samarbeid med pasient og eventuelt pårørende. Det viste seg at det var bra at det tok en liten uke mellom utskrivning og hjemmebesøk, for på den måten rakk pasient og pårørende å bli bevisstgjort i forhold til pasientens funksjonsnivå. En annen vurdering som har blitt gjort i forbindelse med hjemmebesøk er å gå gjennom pasientens hjem med hensyn til fallrisiko. Viktige elementer fra informasjonsskriv fra sykehus og gjennomgangen hjemme er etterpå lagt inn i en detaljert rehabiliteringsplan med utgangspunkt i pasientens egne mål, ønsker og behov. Planen ble laget i papirformat, og har ligget i en perm hjemme hos pasienten. På den måten har pasienten selv, pårørende og andre som skulle ha ansvar for å følge opp planen hatt mulighet til å finne detaljert informasjon om hvordan trening av den enkelte skulle gjennomføres.

I noen tilfeller har to medlemmer av ambulant team gått ut sammen til en pasient, men i de aller fleste tilfeller har bare en av dem arbeidet med pasienten. En gang i uken har teamet møttes, og har snakket gjennom problemstillinger hos pasientene ut fra sin tverrfaglige kompetanse. Helsefagarbeider med videreutdanning i rehabilitering har i større grad enn terapeutene trukket inn fysioterapeut og ergoterapeut i sin kommune. Det ambulante teamet opplever på denne måten at de i stor grad har arbeidet flerfaglig, og kun i noen grad tverrfaglig om pasientene i prosjektet.

### **11.6. Samarbeid med hjemmetjeneste og pårørende**

I prosjektets planleggingsfase antok prosjektgruppen at samarbeid med hjemmetjenesten ville bli nødvendig for å få tilstrekkelig intensitet og hyppighet i rehabiliteringen. Det viste seg imidlertid at de fleste av pasientene ikke hadde behov for pleie, men kun for rehabilitering.

Både det ambulante teamet og ledere for hjemmetjenesten opplever at de har vært for lite i kontakt. Teamet har likevel fått noe erfaring med samarbeid med hjemmetjenesten, og har

hatt positive erfaringer, selv om samarbeidet ikke har vært så tett som man gjerne forbinder med vellykket rehabilitering og tverrfaglig samarbeid ellers. Dette har hatt å gjøre med at hjemmetjenesten har lite tid til rådighet. Også terapeutene hadde problemer med å få sin tid til å strekke til i forhold til samarbeidet.

Ledere for hjemmetjenestene i kommunene sier at de har fått noe informasjon om prosjektet. Med tanke på at de var tiltenkt en sentral rolle i forbindelse med enkeltpasienter hadde de likevel hatt behov for enda mer informasjon, og å være i tettere dialog om prosjektets utvikling. Dette uansett hvor mange pasienter med hjerneslag de skulle ha ansvar for. De vet at rehabilitering jo også er et område det framover skal satses på i kommuner. Det har imidlertid vært invitert til møter der lederne ikke har møtt opp, og prosjektleder har sendt mange e-poster uten å få svar. Med mange arbeidsoppgaver og stort press på tjenestene har det ikke alltid vært mulig for lederne å prioritere prosjekt.

Lederne etterlyser en holdningsendring med hensyn til rehabilitering i egen arbeidsgruppe. Personellet må få trening i å se potensial og behov for rehabilitering hos pasientene, og se etter hva pasientene er motivert for å klare selv. De ser behovet for å sette fokus på rehabilitering generelt, og har ønske om å få vekket gløden for rehabilitering hos en del av personalet. Det hadde vært bra om noen i hjemmetjenesten kunne være nøkkelpersonell i rehabilitering, og være den motor for rehabilitering som trengs inne i hjemmetjenesten hvis man skal lykkes med rehabilitering. Det er ikke nok å ha et ambulant team, som ses som en motor utenfra, men altså en indre drivkraft i hjemmetjenesten som kan "smitte" øvrig personell positivt med rehabiliteringstankegangen.

Et annet synspunkt som vektlegges av ledere i hjemmetjenestene er at det ikke må være så mange som går til pasienter som trenger et fast opplegg. Det må heller ikke være for mange ledd i behandlingsskjeden til rehabiliteringspasientene, for da er det stor fare for at viktig informasjon går tapt underveis og at bruker taper noe på det. En optimal beskrivelse av opplæring i rehabilitering for den enkelte er at ambulant team eller en terapeut med god kjennskap til bruker og dennes fungering, og en person i hjemmetjenesten med ansvar for rehabiliteringen, sammen går til bruker i praktiske situasjoner som stell, matlaging og så videre. Da ville bruker, terapeut og for eksempel sykepleier kunne vurdere de konkrete

situasjonene og lage rehabiliteringsplanen sammen. Sykepleier kunne da videreformidle til øvrig personell i hjemmetjenesten hvordan de skulle arbeide med denne pasienten til daglig.

Når rehabiliteringspasienten har hatt hjemmesykepleie har ambulant team mer hatt i oppgave å kartlegge, sette opp mål, tiltak og evaluere. Dusrutiner og påkledningsfunksjoner fra rehabiliteringsavdelingen på sykehus er eksempler på hva som har vært satt opp som "treningsopplegg" som hjemmesykepleien har fulgt opp. Hjemmesykepleien har også vært inne og trent, og dermed sørget for økt hyppighet i trening, for eksempel gangtrening og trening i å gå i trapper.

Det har vært mange enslige pasienter, og det har variert hvor nære de pårørende har vært. Ambulant team har likevel samarbeidet med mange av de pårørende. Mange av dem følger opp rehabiliteringstiltakene. Noen ganger har ambulant team undervist pårørende i å la være å gjøre for mye for brukeren. Pårørende har blitt veiledet til å trekke tilbake hjelp, for at bruker skulle ta livet sitt tilbake.

Det har ikke vært fast rutine på samarbeid med pårørende, men man har vurdert mulighet og behov for samarbeid. Det kan hende at man burde hatt en mer fast rutine på å ta kontakt. Da hadde men kunnet undervise dem om rehabiliteringstiltak de bør være med på, og være tilgjengelig for henvendelser. Dette handler også om å sikre seg mulighet til å få viktige opplysninger.

Noe som løftes fram av koordinatorene for rehabilitering i kommunene og ledere for hjemmetjenestene er at de er for lite flinke til å avslutte vedtak og individuelle planer. Man må bli flinkere til å tenke på rehabilitering som korte, intensive vedtak. Det er viktig å evaluere jevnlig, endre planene og så avslutte vedtakene. Ved avslutning av vedtak er det ikke nok å dokumentere opphørt behov i brukerens tiltaksplan. Det endrede behovet må meldes til bestillerenheten. Pasientene har da sannsynligvis behov for mindre hjelp enn før oppstart av rehabiliteringen. Her har både det ambulante teamet og hjemmetjenesten noen solskinnshistorier, men vi velger ikke å gjengi disse for ikke å risikere å bryte taushetsplikten.

## **11.7. Har vi klart å lage sømløse pasientforløp og utvikle et felles språk?**

### **Informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner**

Det ambulante teamet har hatt representasjon både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. På den måten har de hatt naturlig kontakt med aktuelle avdelinger, og har kunnet bringe kunnskap og informasjon fra kartlegging av pasientene mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene på en god måte.

På sykehuset har man opplevd pasientene i en akutt sykdomsfase, og personalet har kunnet være bekymret for hvordan pasientene skal klare seg når de kommer hjem. Personalet har gitt tydelige tilbakemeldinger til ambulant team at de opplever teamets tilstedeværelse som en kvalitetsforbedring av tjenestene til slagpasientene. Forbedringen gjelder i forhold til kontinuitet i rehabiliteringen, men også avlastning for personalet i slagenheten på grunn av at de da vet at pasienten blir vurdert i forhold til egenomsorg og fortsatt rehabilitering.

#### **11.7.1. Kartlegging i sykehus versus i kommunen**

På sykehuset foretas det en kartlegging med hensyn til konkrete funksjoner. Det er da personalet som vurderer hvordan pasienten fungerer. Hjemme foretas det en annen type kartlegging. Da er det pasientens vurdering av egen hverdag og pasientens personlige mål som er i fokus. Det kan handle om å klare å gå igjen, å kle seg, fritidsaktiviteter eller sosiale aktiviteter utenfor hjemmet. Funksjonsvurderingen fra sykehuset er et godt hjelpemiddel med hensyn til hvordan man kan støtte brukeren i å nå sine mål hjemme.

#### **11.7.2. Snakker man samme "språk" i spesialisthelsetjenesten og kommunene?**

Begrepene pasient og bruker brukes om hverandre i vår rapport. I sykehuset brukes ordet pasient. I kommunene sier man ofte bruker. Vi mener dette er kjente begrep uansett hvor i helsevesenet vi er.

Rehabilitering er definert som planlagte og tidsavgrensede prosesser. Det skal være tydelig hva brukeren arbeider for å mestre bedre enn før, og hvilke sosiale mål han har. Det skal også beskrives tydelig hvordan man skal arbeide for å nå målene. Flere aktører skal arbeide sammen for å hjelpe brukeren til å ta i bruk sine egne ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Målene for rehabilitering i prosjektet har vært tydelige, og brukerne har blitt støttet både i å utforme og arbeide for å nå målene. For rehabilitering ved



hjerneslag ligger de Nasjonale og regionale retningslinjer i bunnen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Hva som kan diskuteres er hva man i spesialisthelsetjenesten legger i tverrfaglig/at flere aktører skal arbeide sammen, og hvordan begrepet brukes i kommune versus spesialisthelsetjeneste. Det ambulante teamet opplever at de har arbeidet mer flerfaglig, altså med flere innsatser ved siden av hverandre, enn man gjør i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten brukes begrepet tverrfaglig i større utstrekning om en samlet innsats. I tillegg er det flere yrkesgrupper som samarbeider i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene.

På den annen side arbeider spesialisthelsetjenesten i mer akutte situasjoner, og er mer opptatt av det medisinske i rehabilitering; diagnose og behandling. Rehabilitering betyr at man jobber med spesifikke funksjoner; at pasienten skal klare å sette seg opp, reise seg, trene med å finne fram/orientere seg i omgivelsene. Alle yrkesgruppene i avdelingen er inne i bildet og vurderer funksjonsområder.

Rehabilitering i kommunen innebærer på den annen side å arbeide ut fra et aktivitetsperspektiv. Målet er at pasienten skal klare seg og komme tilbake til livet sitt igjen, og skal fungere i forhold til aktivitet og deltakelse. Hele pasientens situasjon tas i betraktning. Man vurderer fungering i hjemmesituasjon, ADL, fritid, mulighet til sosialt fellesskap og eventuelt jobbsituasjon. Dette er det ikke så mye fokus på i sykehuset. Noen ganger er bare en yrkesgruppe inne i bildet. Likevel kaller vi dette rehabilitering. Man spiller på andre støttepersoner enn man gjør i spesialisthelsetjenesten. Både i sykehus og hjemme er man opptatt av at pasienten skal oppleve livskvalitet.

Når personell i kommune og spesialisthelsetjeneste snakker sammen om rehabilitering kan man derfor legge forskjellige ting i det man snakker om. De som kun har arbeidet på sykehus kan ha problemer med å tenke på hva en funksjonssvikt kan bety eller ikke bety, for pasientens mulighet til aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap med andre. Det kan være en stor fordel for en terapeut å ha erfaring fra begge måtene å tenke på. Det å hospitere hos samarbeidsparter kan være en god måte å lære å forstå et annet perspektiv, eller "språk" på.

## 11.8. Metoder i rehabiliteringen

Rehabiliteringstiltak har blitt satt i gang umiddelbart i slagenheten og tiltakene har bygget på nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering av pasienter med hjerneslag, og på retningslinjer fra Helse Vest. Også slagbehandlingsskjeden i Bergen kommune har utarbeidet retningslinjer som det ambulante teamet i vårt prosjekt har brukt. I tillegg har ergoterapeutene og fysioterapeutene egne faglige verktøy og retningslinjer for rehabilitering som gjenspeiles i rapporten "Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering" (Ness m.fl., 2012). Teamet har også vært i kontakt med Arendal kommune og fått oversendt deres anbefalinger. Deler av teamet vært på besøk og lært av Trondheim kommune, og har deltatt på kurs og konferanser sammen med noen fra prosjektgruppen. Leder for teamet tar tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering, og har ny og oppdatert kunnskap med seg inn i arbeidet.

Vi så pasientens motivasjon som avgjørende viktig, og hadde et ønske om å ta i bruk motiverende intervju (MI) i rehabiliteringsperioden. MI er imidlertid en metode som det tar tid for terapeutene å lære seg. Motiverende samtale er ikke noe nytt innen rehabilitering, mens det som kalles MI altså er en spesifikk metode. En av terapeutene tar videreutdanning på 15 studiepoeng i MI finansiert av Stord kommune og prosjektmidler.

Motiverende samtale for å få frem pasientenes motivasjon i forbindelse med kartlegging og rehabilitering blir brukt av alle i det ambulante teamet. Her har ergoterapi-verktøyet COMP, som er en brukerstyrt modell med fokus på pasientens egne mål vært brukt. Pasient og terapeut snakker gjennom temaene i COMP (Ergoterapeutforeningen, u.å.), som er blant annet personlig stell, påkledning, mobilitet, forflytning, måltidssituasjoner, fungering i samfunnet, arbeid, husarbeid, interesser, fritid, hobbyer og sosiale aktiviteter. I løpet av samtalen velger brukeren inntil fem områder der det skal lages mål for rehabilitering. Teamet har brukt en forenklet versjon av COPM i sitt arbeid med pasientene. Forenklingen består i at brukeren kun vurderer sin utføring av diverse aktiviteter, og ikke hvor tilfreds han er med utførelsen av aktiviteten.

Etter hjerneslag ser man ofte at noen av de kognitive funksjonene er skadet. Dette virker inn på hvordan pasienten klarer å fungere i hverdagen etter at han har kommet hjem. Ved å trene målrettet kan pasienter med kognitive skader oppnå et bedre funksjonsnivå på

områder som har vært skadet, og kan kanskje klare å komme tilbake til jobb igjen. Det som i kommunehelsetjenesten kalles praktisk bistand eller opplæring til å fungere i dagliglivet kan være sammenlignbart med rehabilitering av kognitive skader.

### **11.9. Samarbeid mellom kommunene**

Kommunene Stord, Bømlo og Fitjar har samarbeidet om prosjektet i tillegg til at det går på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette har vært interessant på mange måter, men vi opplever at det er mange problemstillinger knyttet til slikt samarbeid.

I oppstart av prosjektet ble det arbeidet for å finne et felles digitalt kommunikasjonsverktøy som kunne brukes i arbeid med rehabiliteringsplan. Kommunene har i utgangspunktet hver sine datasystem for pasientjournal, og i tillegg er det "tykke" brannmurer som skal sikre at ikke sensitive personopplysninger om brukere skal komme på avveie. Dette er vel og bra, men når et ambulant team i rehabilitering skulle arbeide på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommunegrenser har dette vært en stor hindring, og har betydd mye ekstra arbeid med hensyn til journalføring.

Kommunene er store i overflate til tross for et relativt begrenset folketall. Dette har også vært en utfordring med hensyn til tverrfaglig samarbeid fordi det har tatt lang tid for teammedlemmer i øvrige kommuner å komme seg ut til en pasient i ytre grense i øvrige kommuner. Det har i praksis betydd at det bare ble kapasitet til at en i teamet kunne gå til hver av pasientene.

De tre kommunene er forskjellige i folketall og administrativ og organisatorisk struktur. Fitjar kommune er den minste med i underkant av 3000 innbyggere, der alle kjenner de to tilsatte som gjør vedtak om kommunale omsorgstjenester. Bømlo har 12500 innbyggere, og har i prosjektperioden hatt en organisering med tre geografiske soner der flere har hatt mandat til å gjøre vedtak. Stord kommune er den største med 18000 innbyggere. Der har man et bestillerkontor som gjør alle vedtak. Kommunen er så stor at det likevel kan være vanskelig å ha oversikt over hvem som gjør hva. Alt dette gjør at samarbeid har vært en del komplisert.

Hva er så potensialet i samarbeid over kommunegrensene? I oppstartfasen av prosjektet, og i starten av en satsing på rehabilitering i hjemmene i kommunene har man lite kompetanse på rehabilitering i hjemmetjenesten. Det har vært færre enn forventet som fikk hjerneslag,

og som ble inkludert i prosjektet. I første periode av prosjektet var det flest pasienter i en av kommunene, og senere i en annen. Ikke alle pasientene har tatt imot tilbud om rehabilitering. De fleste som takket nei mente selv at de var for gamle til å ta imot tilbud om rehabilitering. Flere av disse har fått gjentatte hjemmebesøk av teamet, og har opplevd trygghet ved det.

Ledere for hjemmetjenestene mener at kunnskap om rehabilitering opparbeides over tid, ved at man får praktisk erfaring med konkrete pasienter. Ved at tre kommuner samarbeider, og hvis man i større utstrekning hadde gått over kommunegrensene for å hjelpe til, ville man i større grad opparbeide slik erfaring. I en periode ville man gi mer enn man fikk, og i en annen periode ville det bli motsatt. Uansett ville man på lengre sikt opparbeide kompetanse både på rehabilitering og på tverrfaglig samarbeid. Dette antas ikke å være noe som gir uttelling på kort sikt, men i lengden ville man trolig få mye igjen for en slik satsing. Hvis man hadde en felles personalressurs for rehabiliteringspasienter kunne denne brukes i den kommunen det til enhver tid var størst behov for den.

## **12. Har det fungert? Noen resultater av rehabiliteringen**

### **12.1. Resultater det ambulante teamet har sett**

Ambulant team har fungert som brukernes personlige koordinatorene i forbindelse med rehabiliteringen. Pasientene har på den måten fått utarbeidet rehabiliteringsplaner og har fått rehabilitering. Det har ikke vært tilstrekkelig kapasitet i det ambulante teamet til å arbeide tverrfaglig i ordets rette mening eller til å gi optimal hyppighet av trening. På Stord har teamet brukt friskliv-sentral som samarbeidspart. Der har pasientene fått trene sammen med andre i regi av fysioterapeut og ergoterapeut. Påførende, og i noen tilfeller hjemmesykepleien, har også blitt tatt med som samarbeidsparter. Også øvrige terapeuter i kommunene har vært involvert i rehabiliteringen.

Alle pasientene som har satt opp mål ved oppstart av rehabilitering, har også blitt evaluert. Den innsats som er gjort har ført til at brukerne fungerer og har det bedre. Ambulant team har laget en oversikt som viser økning i funksjon hos pasientene. Scorene i fungering har økt tydelig til tross for at teamet mener at hyppigheten i treningstilfeller burde vært høyere hvis

man skulle oppnå optimal virkning av rehabiliteringen. Oversikten er tilgjengelig hos ambulante team, men legges ikke ved som ordinært vedlegg i sluttrapport.

## 12.2. Funn fra intervju med pasientene

Pasientene som har fått rehabilitering og en del av de pårørende har blitt møtt av det ambulante teamet, og de som har villet ha hjemmebesøk og rehabilitering har fått det. Noe som er litt uklart er om pasientene i utgangspunktet ble godt nok informert om at de var med i et prosjekt, eller om dette ble oppfattet med en gang. Dette ble de uansett informert om i forbindelse med forespørsel om å delta i intervju. Da ble intensjonen med deltakelse i prosjekt og intervju tydelig beskrevet muntlig og skriftlig. Det at noen av pasientene kan ha kognitiv svikt eller dårlig hukommelse kan være en feilkilde med hensyn til svarene i intervjuene. Det kan være lenge siden det ambulante teamet var inne i bildet. Teamet har også erfaring med at noen av pasientene kan ha en annen oppfattelse av tid og rom enn hva som ellers er normalt.

Mål med prosjektet var å etablere tjenestene på en slik måte at pasientforløpene skulle oppleves gode, helhetlige og godt koordinert for dem som mottok tjenestene. De som samhandlet rundt pasientene skulle ha felles forståelse av fagfeltet, og skulle ha god kompetanse på rehabilitering ved hjerneslag. Samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste med fastlege og hjemmesykepleie, ambulante rehabiliteringsteam og pasient/pårørende skulle fungere godt. Dette var viktige utgangspunkt for spørsmål i spørreskjema.

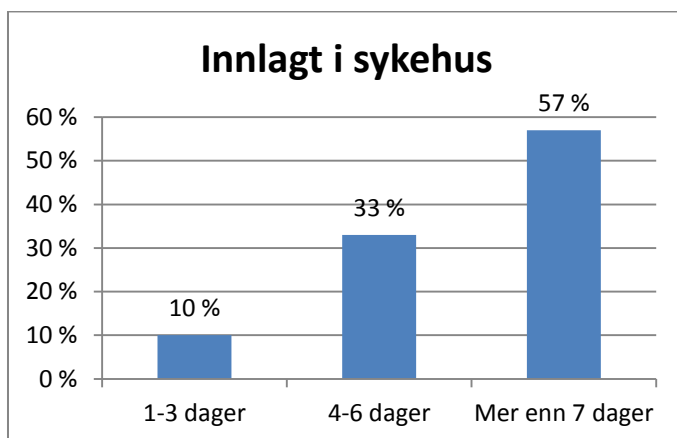
29 pasienter oppfylte inklusjonskriteriene for prosjektet. De fleste av disse hadde hatt hjerneslag. Noen ble tatt med fordi de hadde problemstillinger som var sammenlignbare med hjerneslag. 21 svarte på spørreskjema. 20 av disse ble utskrevet til hjemmet fra Stord eller Haugesund sykehus, og ble overført til hjemmet via ambulante team. Noen av pasientene har ikke tatt imot tilbud om rehabilitering. De har likevel fått etablert kontakt med ambulante team, som har tatt noen telefoner til dem. De har også noen ganger fått mer enn ett hjemmebesøk. Dette oppleves trygt. Noen av pasientene sier at tryggheten de opplever ved dette tiltaket er nok til at de klarer seg bedre hjemme. Noen av de pasientene som har fått slik oppfølging uten å ha tatt imot hele tilbudet om hjemmerehabilitering har også svart på spørreskjema. Dette utgjør en feilkilde i forhold til effekt av intervensjonen, og kan være

en forklaring til hvorfor en del pasienter har svart at de har opplevd mindre støtte i rehabiliteringen enn hva som var intendert i prosjektet. Også dette at det er få pasienter, at tilbudet om hjemmerehabilitering har vært under gradvis oppbygging i perioden intervjuene har foregått og at intervjuene kan ha foregått på ulike tidspunkt (og både i slutten av og etter) i rehabiliteringsprosessen er feilkilder. Svar fra intervju gjengis først og fremst i tekstform, mens svar fra noen av spørsmålene presenteres i diagrammer.

Intervjuene har skjedd hjemme hos pasientene eller via telefon. Det har ikke vært et fast antall uker etter hjerneslaget, men de fleste intervjuene ble tatt ca 3-5 måneder etter at pasienten hadde hatt hjerneslag.

### 12.2.1. Pasientenes svar på spørsmålene i spørreskjemaet

2 pasienter (10 %) var innlagt i 1-3 dager på sykehus i forbindelse med hjerneslaget. 7 (33 %) var innlagt mellom 4-6 dager. 12 pasienter (57 %) var innlagt lenger enn 7 dager.

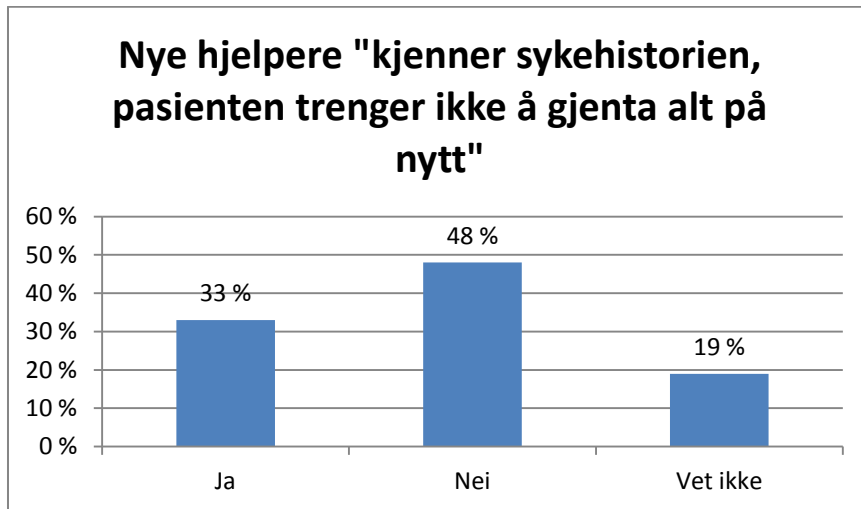


Figur 1: (n = 21)

På spørsmål om de hadde startet på opptrening etter hjerneslaget allerede mens de lå på sykehus svarte 16 av pasientene ja, mens 5 svarte nei.

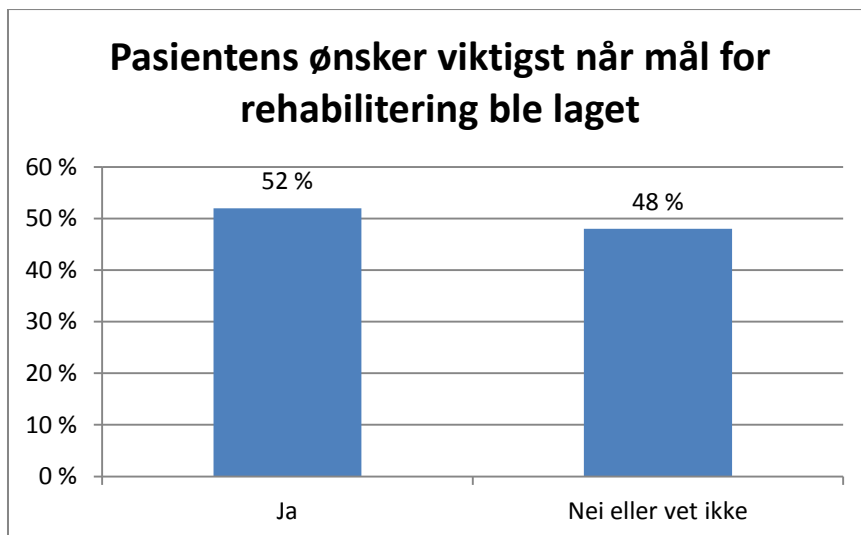
På spørsmål om pasientene opplevde at ulike tjenester hadde fått overført viktig informasjon om dem som pasient, eller om de opplevde at de i vesentlig grad måtte fortelle hele sin sykehistorie forfra når en ny ansatt var hos dem. 10 pasienter (48 %) opplevde at de måtte gjenta sykehistorien sin mange ganger, mens 7 (33 %) opplevde at nytt personell de kom i kontakt med kjente en del av historien. 4 (19 %) visste ikke hva de skulle svare på dette.

En del av pasientene opplevde at hukommelsen var svekket i forhold til før hjerneslaget. De samme pasienter hadde fått råd om hvordan de kunne mestre hverdagen til tross for redusert hukommelse. Blant rådene var å skrive ned viktige ting. Et annet råd var å bruke litt tid på å finne roen igjen; da ville det være lettere å huske og å klare å gjennomføre aktiviteter.



Figur 2: (n = 21)

6 av pasientene sa at de hadde fått kartlagt hvordan de skulle klare å planlegge og å utføre daglige gjøremål som å vaske seg, lage mat/koke kaffe og så videre, etter hjerneslaget. 8 opplevde at de ikke hadde hatt slik kartlegging. 7 visste ikke.

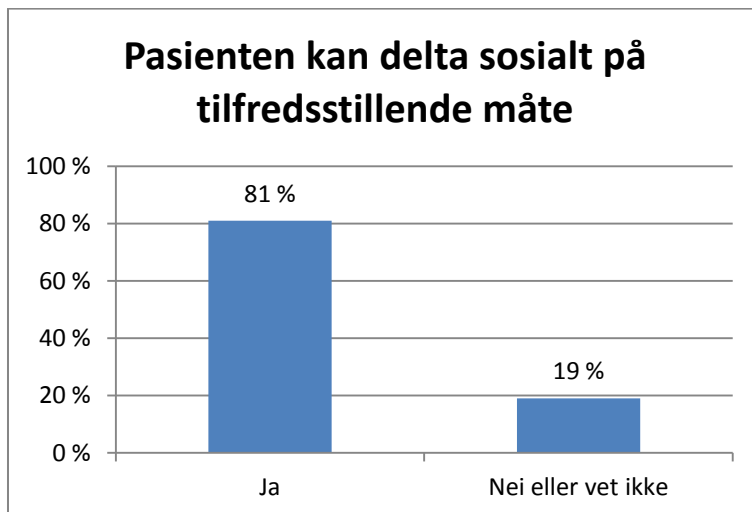


Figur 3: (n = 21)

Når rehabiliteringsplanen ble laget opplevde 11 pasienter (52 %) at det var deres ønsker som var viktigst når målene for rehabiliteringen ble laget. 10 (48 %) var uenige i det eller visste ikke hvem sine mål som hadde vært viktigst, eller hadde ikke rehabiliteringsplan.

Opplevelse av livsglede hadde en klar sammenheng med å oppleve selvstendig fungering i hverdagen. De aller fleste av pasienter opplevde at livsgleden økte når de merket at de begynte å fungere bedre igjen.

17 pasienter (81 %) opplevde at de kunne delta i sosialt liv på en måte de var fornøyde med etter en tids rehabilitering. 4 (19 %) opplevde at de ikke kunne delta i sosialt liv på en måte de var fornøyd med eller visste ikke hva de skulle svare på det.

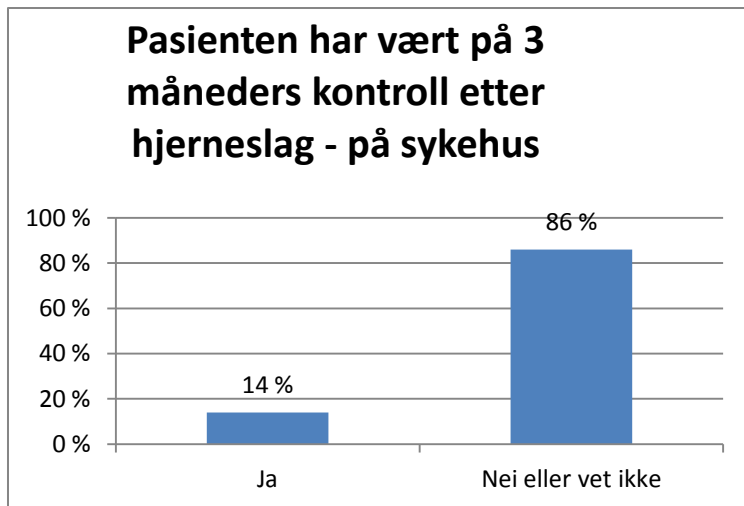


Figur 4: (n = 21)

16 av pasientene opplevde at de til tross for hjerneslaget hadde et godt liv. 5 opplevde ikke det eller visste ikke hva de skulle svare.

Kun 3 (14 %) av pasientene har sagt at de har vært på 3-måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten etter hjerneslaget.

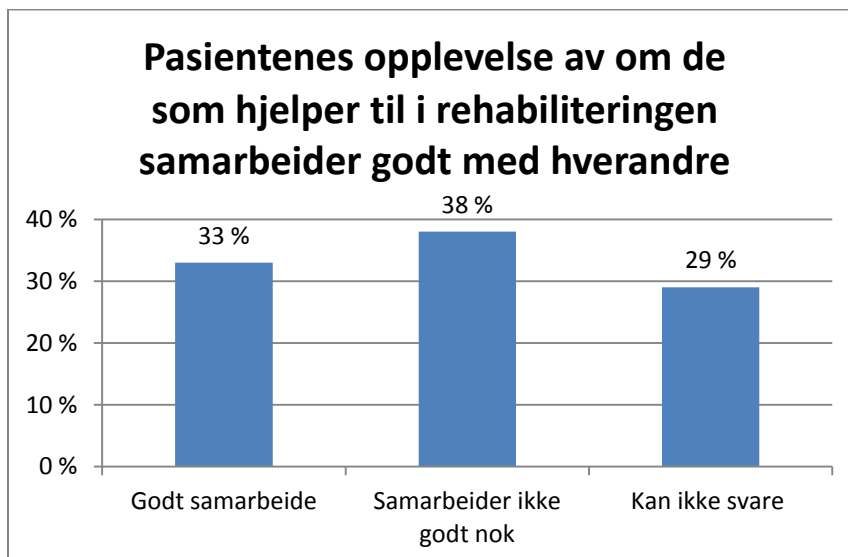




Figur 5: (n = 21)

Yrkesgrupper pasientene har hatt kontakt med er først og fremst fastlege. Mange har hatt kontakt med fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier, men få har hatt kontakt med mer enn to av disse yrkesgruppene. 2 har hatt kontakt med logoped i kommunen. Ellers ble frisklivssentral og rehabiliteringssenteret nevnt som viktige arenaer for trening.

7 av pasientene (33 %) mente at de som samarbeidet i rehabiliteringen hadde et godt samarbeid. 8 (38 %) mente at de ikke hadde noe godt samarbeid, mens 6 (29 %) ikke kunne svare på det.



Figur 6: (n = 21)

9 pasienter opplevde at målene for rehabilitering blir evaluert og forandret ved behov. 12 hadde enten ikke rehabiliteringsplan eller opplevde ikke at målene ble evaluert.

10 av pasientene har opplevd at personalet har motivert dem og gitt dem nok tid til at de skulle trene på, og klare å gjøre aktiviteter selv. De som ikke har hatt rehabiliteringsplaner eller tatt imot tilbud om rehabilitering er plassert i gruppene som enten svarte at de ikke hadde opplevd dette eller at de ikke visste. Dette var til sammen 11 personer.

12 pasienter sa at de har fått informasjon om at rehabilitering var hardt arbeid, men at dette må til. Med 5 av pasientene hadde ikke dette blitt diskutert. 4 visste ikke. Flere pasienter har snakket om "dørstokkmilen", som har vært tung å komme over. Det vil si at det har vært vanskelig å komme seg i gang med aktivitet, mens det å være i aktivitet har gått bedre. For andre av pasientene har ikke dørstokkmilen vært noe problem fordi de har hatt et indre driv til å trene og til å ville komme seg igjen.

14 av pasientene opplevde at de fikk hjelp til å løse de utfordringer som kom etter hvert som disse dukket opp. 5 opplevde ikke det, mens 3 ikke visste.

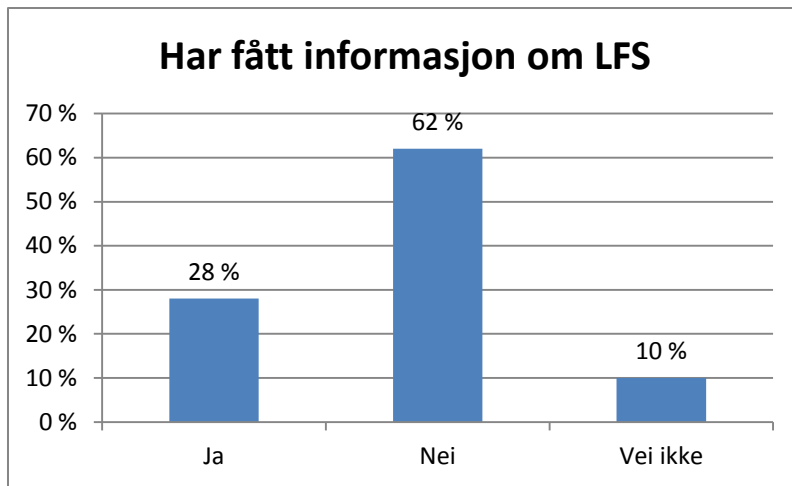
19 av pasientene opplevde trygghet hjemme hos seg selv. 2 opplevde utrygghet ved å bo hjemme. Her var det flere som opplevde det å bo sammen med ektefellen som trygt, men som mente at hvis de ikke hadde hatt ektefellen ville dette ha vært annerledes.

9 av pasientene hadde fått tilrettelagt boligen for at de skulle fungere best mulig hjemme. Hos 12 av pasientene var dette enten ikke nødvendig eller ikke gjort noe med.

19 pasienter opplevde at deres hjem var et hjem – og ikke omgjort til en institusjon. 2 kunne ikke svare på dette.

Hos 19 av pasientene var det tilrettelagt for at de også skulle treffe slekt og venner. To av pasientene opplevde at dette ikke lenger var mulig eller visste ikke.

6 av pasientene (28 %) hadde fått informasjon om LFS. 13 (62 %) hadde ikke fått slik informasjon. 2 (10 %) visste ikke om de hadde fått informasjon.



Figur 7: (n = 21)

16 av pasientene mente at de hadde den hjelp de trengte fra NAV. 3 mente at de ikke hadde fått den hjelpen de hadde krav på. 2 visste ikke.

8 pasienter opplevde at de hadde behov for å sortere tanker og følelser. Noen av disse hadde hjelp til det, andre ikke. 13 opplevde ikke at de hadde slikt behov eller visste ikke.

3 av pasientene opplevde at de hadde behov for hjelp med økonomien. 18 opplevde ikke behov for det eller visste ikke. Her var det flere som allerede hadde hjelp med økonomien. Det var da gjerne ektefellen som hjalp til med dette.

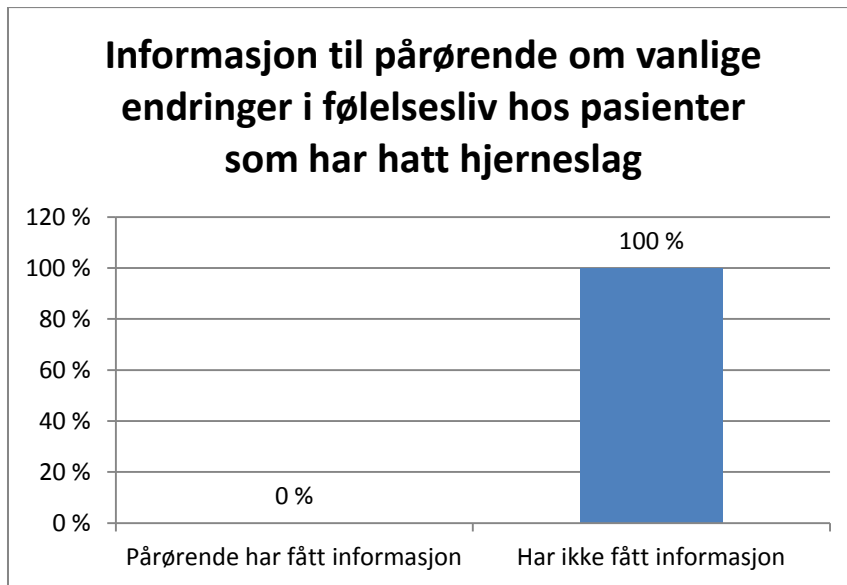
### 12.3. Funn fra intervju med pårørende

Det var 29 pasienter med i prosjektet. 21 av disse svarte på spørreskjema. 17 av de pårørende har svart på spørreskjema. Mange av pasientene var gamle, og opplevde at de ikke ønsket å trene hardt for å komme i form igjen. Selv om ikke alle har tatt imot tilbud om hjemmerehabilitering, og det da ikke har blitt laget rehabiliteringsplan, har pårørende opplevd det trygt å få et telefonnummer til en person i ambulant team som det har gått an å ringe hvis de senere skulle trenge eller ønske det.

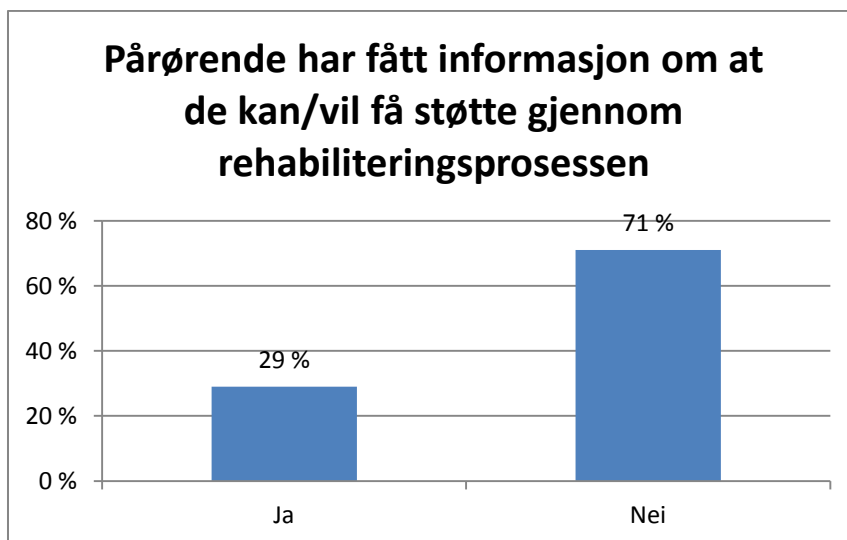
Ikke alle pårørende har blitt kontaktet av ambulant team. Det var det en del av de pårørende som etterlyste, og da særlig når det var snakk om eldre personer som bodde alene etter at de hadde hatt hjerneslag.

De pårørende har i liten grad fått informasjon om hva de kunne forvente med hensyn til vanlige endringer i slagrammedes følelsesliv. 17 (10 %) opplevde at de ikke hadde fått slik

informasjon. Mange opplevde at de hadde hatt behov dette. 12 pårørende (71 %) oppgav at de ikke fikk informasjon om at de kunne få støtte gjennom rehabiliteringsprosessen, mens 5 (29 %) ble informert om at de ville bli støttet. 2 pårørende fikk tilbud om samtale for å lufte ut eventuell frustrasjon. 14 fikk ikke et slikt tilbud. Flere av de pårørende mener at de hadde trengt støtte i å være pårørende til den slagrammede.



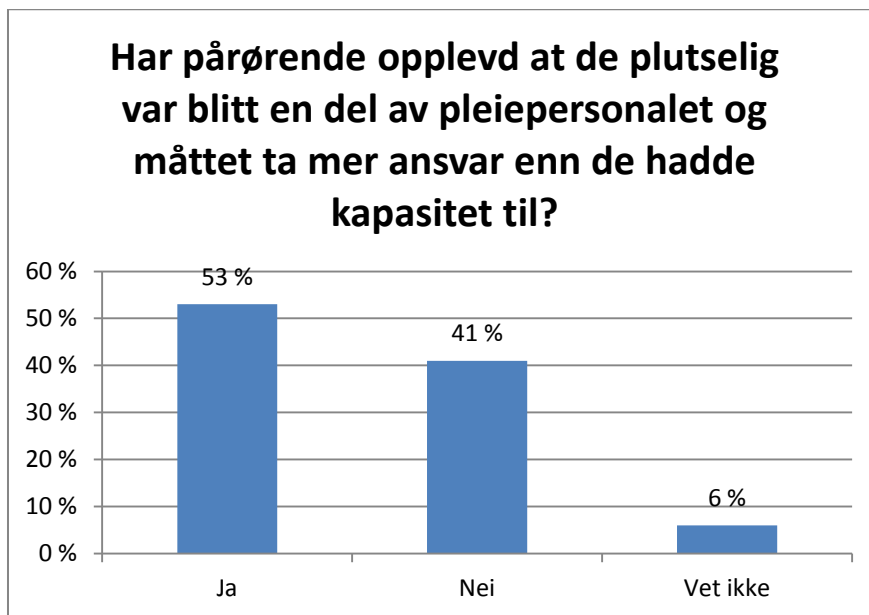
Figur 8: (n = 17)



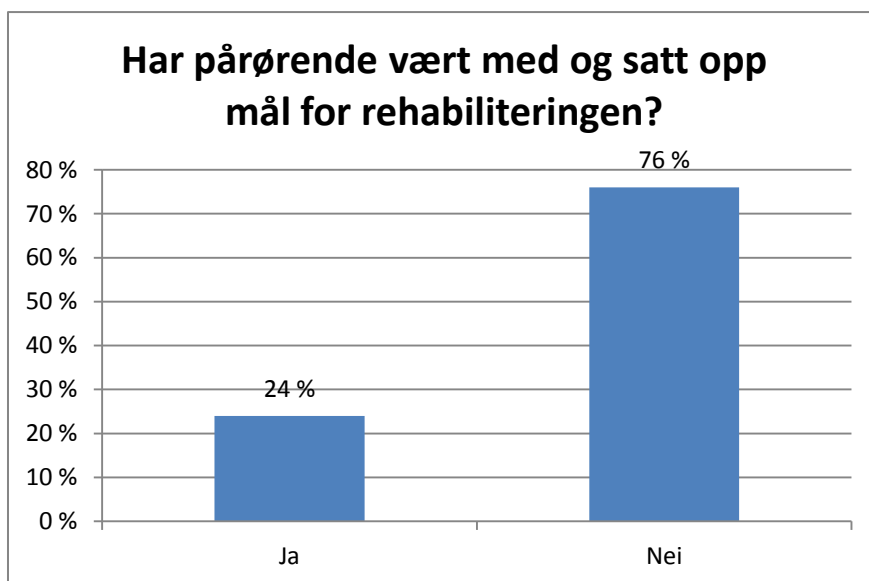
Figur 9: (n = 17)

I forbindelse med at pasienten fikk slag opplevde 9 av de pårørende (53 %) at de plutselig var blitt en del av pleiepersonalet, og at de i en kortere eller lengre periode måtte ta mer ansvar enn de hadde kapasitet til. 7 av de pårørende (41 %) opplevde ikke denne belastningen, mens en (6 %) av dem var usikker på graden av slik belastning. Noen av de pårørende oppgir

at de har måttet streve for å få tilstrekkelig og riktig hjelp til den slagrammede, og i noen tilfeller har det vært lite samarbeid generelt.



Figur 10: (n = 17)



Figur 11: (n = 17)

4 av de pårørende (24 %) har vært med og satt opp mål for rehabiliteringen, mens 13 (76 %) ikke har vært med på det. 6 av de pårørende mente at rehabiliteringsplanen bestod av realistiske delmål, som ble fulgt opp av alt personell som hadde med pasienten å gjøre. Øvrige 11 av dem som svarte var usikre eller hadde ikke vært med på dette. I noen tilfeller oppleves det at det ikke har blitt tatt initiativ til rehabilitering av slagpasienten hjemme i det hele tatt, men at man har blitt henvist til ordinær hjemmesykepleie. I den grad

hjemmesykepleien var involvert var det også en del frustrasjon fordi en del av disse arbeidet på svært forskjellige måter fra det ambulante teamet. På den måten oppstod det forvirring hos den som skulle få rehabilitering; noe som var negativt for rehabiliteringsprosessen.

10 mente at pasienten ble oppmuntret til å bruke egne ressurser i forbindelse med gjennomføring av daglige gjøremål. De øvrige 7 mente at pasientene ikke ble oppmuntret til å bruke egne ressurser eller var usikre på om de ble oppmuntret til det. 7 opplevde at pasientene ble oppmuntret til å trene selv når det var tungt. De øvrige mente at pasienten ikke ble oppmuntret til det, eller de var usikre på om de ble oppmuntret. Dette kan ha å gjøre med at ikke alle pasientene hadde rehabiliteringsplan eller hadde tatt imot tilbud om rehabilitering.

5 av de pårørende mente at rehabiliteringen ble evaluert og endret ved behov. 8 mente at de ulike hjelperne samarbeidet og koordinerte innsatsen godt. Noen av de pårørende påpekte at intensiteten og hyppigheten av treningen burde vært høyere. Spesielt ble det nevnt at hyppig trening av talen burde vært prioritert raskere.

15 av de 17 opplevde at huset de bodde i fortsatt så ut som et vanlig hjem, og ikke var omgjort til en institusjon i forbindelse med den slagrammedes rehabilitering. En opplevde at hjemmet var forvandlet til en institusjon, mens en var usikker. 4 av de pårørende hadde fått informasjon om LFS og deres støttende virksomhet. 12 hadde ikke fått informasjon. 1 var usikker på om han hadde fått informasjon. 9 mente at pasienten de var pårørende for hadde fått tilstrekkelig hjelp fra NAV. 3 mente at pasienten ikke hadde fått den hjelp han hadde krav på. 3 var usikre på dette. Noen av de pårørende etterlyser informasjon om hva de har rett på av ytelser fra NAV.

10 av de pårørende mente at den slagrammede hadde behov for å sortere tanker og følelser. Noen pasienter fikk slik hjelp, andre ikke. 6 pårørende mente at den slagrammede ikke hadde behov for hjelp til dette, mens 1 var usikker. 2 av de pårørende mente at pasienten hadde behov for hjelp med økonomi. 15 mente at pasientene ikke hadde et slikt behov. Flere av de pårørende hjalp til i forhold til økonomi.

#### **12.4. Funn fra evalueringssamtale med prosjektgruppen**

Dette kapitlet er skrevet av Arvid Birkeland.

Evaluering av prosjektgruppen ble gjort 25. februar i form av et gruppeintervju utført av Arvid Birkeland, som er representant fra HSH og Helsetorgmodellen. Han hadde ellers ikke

vært medlem av prosjektgruppen. Intervjuet ble foretatt muntlig og spørsmålene var i hovedsak basert på målene i prosjektplanen i tillegg til åpne spørsmål med fokus på gruppens egen vurdering av hvordan gruppen hadde fungert. Det ble gjort notater underveis som ble renskrevet i ettertid.

#### **12.4.1. Generelle oppfatninger**

Prosjektgruppen har stort sett sett positive erfaringer med hvordan gruppen har fungert, selv om det i begynnelsen var en viss skuffelse fra kommunene over at styringsgruppen hadde satt pasienter med hjerneslag som målgruppe, mens kommuner må arbeide med alle grupper av pasienter som trenger rehabilitering på 1. linje nivå. De hadde ønsket at prosjektet skulle ha en større målgruppe. Det ble fremhevet at prosjektgruppen har vært liten og effektiv og at det hadde vært spennende å samarbeide med ulike aktører, herunder tre kommuner, sykehuset og høgskolen. Det ble også fremhevet som positivt at det var en deltakende lege med i gruppen. Fra sykehuset ble det fremhevet viktigheten av teamets funksjon som hadde fungert som et bindeledd mellom kommunene og sykehuset. Selv om det i enkelte kommuner, som Fitjar, ikke har vært overføringer av pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, synes kommunen at rehabilitering er blitt satt på dagsorden og dermed er blitt tatt mer tak i. Det er også slik at overføringer fra sykehus til kommunen har blitt bedre når representanter for ambulant team har vært involvert. Alt i alt er tilbakemelding fra Fitjar Kommune at deltakelse i prosjektet har vært "kjekt" og at dette gir tro på at ting kan endre seg. Deltakelsen i prosjektet har ellers medført en opplevelse av at en har vært med på noe viktig og at prosjektet derfor bør videreføres. Betydningen av å ha en kunnskapsrik brukerrepresentant som var kjent med arbeid i en kommune fra før av ble også poengtert. Arbeidet i prosjektgruppen blir karakterisert som spennende, og selv om det har vært med representanter fra ulike arbeidskulturer, organisasjoner og der er ulike personer, har det likevel vært en opplevelse av likeverdighet i gruppen.

#### **12.4.2. Pasientene**

Prosjektet handlet om slagpasienter som skulle være i en utskrivingsfase fra sykehuset. Det er et klart resultat av prosjektet at pasientene som prosjektet har arbeidet med både har vært i en bedre fungering, det vil si at de har hatt små utfall, og i et færre antall enn det som var antatt på forhånd. Det har derfor blitt et gap mellom de relativt dårlige pasientene hjemmetjenesten ellers jobber med og det som ambulant team har jobbet med. Enkelte i

prosjektgruppen sitter igjen med en opplevelse av at teamets innsats ikke helt har stått i forhold til realitetene eller utfordringene ute i kommunene. Teamet har derfor jobbet med en gruppe pasienter som har hatt en relativt god funksjon og som ellers ikke nødvendigvis har blitt oppfanget eller vært i behov for hjelp fra hjemmetjenesten. Fitjar kommune har for eksempel ikke hatt pasienter som har hatt en problematikk som har stått i forhold til de kriterier som ble satt for inntak av pasienter. Fitjar har derfor egentlig ikke hatt noen pasienter, utenom en som hadde en lignende problematikk og som ble definert inn i prosjektet.

#### **12.4.3. Forholdet til det ambulante teamet**

Deler av prosjektgruppen var gjort kjent med at det var visse frustrasjoner i det ambulante teamet omkring samarbeidet med ledelsen av prosjektet, herunder også prosjektgruppen. Det handlet om at teamet kunne tenke seg mer styring og løpende kontakt, og større påvirkning på prosjektets fremdrift og innhold. Fra prosjektgruppens ståsted ble dette sett på som delvis urealistiske forventninger. Det ble uttalt at leder har hatt møter med teamet, og at teamet og prosjektgruppen også har hatt noen møtepunkter. En ser det slik at noen leder og noen utfører. Samtidig har det vært lite klarhet i mandatet til ambulant team, hvilke rutiner teamet skal lage og hvilke rutiner prosjektgruppen skal lage. For gjennomgående representasjon, og for å få teamets erfaringer og kunnskap inn i prosjektgruppen, er koordinator for ambulant team fra nå av fast med i prosjektgruppen.

#### **12.4.4. Kommunene**

Det er et generelt inntrykk at kommunene er veldig forskjellige. For sykehuset sin del er dette med på å komplisere samarbeidet fordi sykehuset må forholde seg til ulike strukturer og organisasjoner i utskrivingsfasen som medføre at en må ta kontakt med ulike kommuner på ulike måter. Ikke minst ser en at kommunene har forskjellige dokumentasjonssystemer, noe som skaper vansker i arbeidet på tvers av kommunegrensene. Prosjektet har sånn sett fått fram forskjellene på kommunene. Samtidig må en her ta i betraktning at kommunene har stor variasjon i antall innbyggere og også derfor er forskjellige. Tanker om et sterkere interkommunalt samarbeid har ikke slått til, samtidig som det er og blir en utfordring å finne praktiske og organisatoriske løsninger som kan minske forskjellene. Dette reiser et spørsmål om et eventuelt ambulant team videre i større grad skal arbeide interkommunalt, eller om en i større grad skal selektere ut en driftsmodell i retning av et ambulant team som arbeider



separat for hver kommune? I dette prosjektet har ambulant team i hovedsak arbeidet separat i hver kommune. Ellers kan det se ut som at kunnskaper om rehabilitering er varierende i kommunene. For eksempel gjelder dette de koordinerende enhetene. Det kan se ut som at det er generelle uklarheter rundt hvordan koordinerende enheter egentlig skal fungere.

#### **12.4.5. Organisatorisk plassering og fungering**

Prosjektgruppen har hatt en posisjon mellom styringsgruppen, dvs. styringsgruppen i Helsetorgmodellen, og ambulant team, som har vært den utøvende delen av prosjektet. Styringsgruppen har vært fjern. Jorunn Folgerø Holm har vært styringsgruppens representant i prosjektgruppen. Hun har vært med i gruppen noen ganger og har derfor hatt en mellomrolle uten at hun har vært med som fullverdig medlem i prosjektgruppen. På den måten savnes et sterkere bindeledd både til det ambulante teamet og til styringsgruppen. Som følge av dette har det tvunget seg fram en ny enhet, i form av den såkalte ledergruppen, som har bestått av lederne for de 5 enhetene; dvs. høgskolen, de tre kommunene og sykehuset. Denne har gjort en del viktige avgjørelser, og det er Jorunn Folgerø Holm fra Bømlo Kommune som har innkalt til møter i gruppen.

### **12.5. Forprosjekt med opplæring av nøkkelpersonell i rehabilitering og i tverrfaglig samarbeid**

I løpet av utviklingen av prosjektet så vi at det var behov for opplæring i tverrfaglig samarbeid og rehabilitering for personell i kommunehelsetjenesten. Vi formulerte en søknad om forprosjekt til Regionalt forskningsfond, Vestlandet, med Stord kommune som formell søker. På grunnlag av søknaden, og at denne var knyttet opp mot utviklingsprosjektet med de ulike samarbeidspartene i det fikk Stord kommune innvilget inntil 200 000 kroner til forprosjekt. Intervensjonen i prosjektet går i korthet ut på at nøkkelpersonell for rehabilitering skal få opplæring i rehabilitering og i tverrfaglig samarbeid. De skal ha ansvar for rehabilitering av pasienter som (først og fremst) har hjerneslag, og for opplæring til øvrige som skal gå til disse pasientene. Opplæringen vil starte i juni 2013.

## **13. Diskusjon**

Ved å sørge for opprettelse av et ambulant team i forbindelse med at pasienter med hjerneslag ble tidlig utskrevet fra slagenhet til hjemmet ble kontinuiteten i rehabilitering

ivaretatt for de av pasientene som takket ja til tilbudet. De som takket nei fikk et tilbud som ga dem trygghet, men fikk ikke rehabilitering. Informasjon om pasientene fulgte naturlig med i forbindelse med utskriving. Pasientene ble kartlagt tverrfaglig på sykehuset. Likevel er det slik at man trenger en ny kartlegging hjemme, for det er da den egentlige funksjonen i hverdagen blir synlig. Det har ikke vært kapasitet i prosjektet til å foreta en ny tverrfaglig vurdering med hensyn til hjemmemiljø. Man har arbeidet flerfaglig, og kun i noen grad reelt tverrfaglig.

Det har vært noen utfordringer i prosjektperioden, både for de som ble ansatt i det ambulante teamet, for pasientene, pårørende og for samarbeidsparter/antatte samarbeidsparter. En del av dette har å gjøre med at det har vært et prosjekt, og man ikke har visst om arbeidsformen skulle etableres permanent. Det har vært fokus på etablering av rutiner og arbeidsformer for et nytt ambulant team, og på rehabiliteringen i hjemmet for pasientene det gjaldt.

Å lede et prosjekt med fem samarbeidsparter, en litt fjern styringsgruppe og til dels uklare roller har vært en utfordring – men også spennende og lærerikt.

Ledere for hjemmetjenestene, saksbehandlere som skulle ha fattet vedtak om rehabilitering og koordinatører som kunne hatt ansvar for å utpeke personlig koordinator og få utarbeidet individuell plan har i liten grad vært involvert i prosjektperioden. Det betyr ikke at de ikke er viktige, men at man ikke har hatt oversikt nok, og kapasitet nok til å ta tak i alle deler av tjenestene. Det kan nok diskuteres om ikke disse viktige tjenestene skulle vært bedre representert gjennom hele prosjektperioden, slik at de kunne ha kommet med sine viktige innspill.

Med hensyn til saksbehandling og rehabiliteringsvedtak er det flere som har et ansvar. I spesialisthelsetjenesten er det en koordinerende enhet (KE), og koordinator for rehabilitering i en liten stilling. Denne har blant annet i oppgave å holde kontakt med sykehusenes avdelingsledere med hensyn til rehabilitering. Avdelingslederne har ansvar for at man i avdelingen fanger opp pasienter som trenger rehabilitering, slik at kommunene kan få informasjon om det i forbindelse med utskriving. Saksbehandlere i kommunene lager vedtak på rehabilitering når de vet at et slikt behov foreligger. KE i kommunene/Koordinator for rehabilitering må få søknad om individuell plan og personlig koordinator for pasientene

for at de skal kunne løse ut ressurser til dette. Hvis ikke denne saksbehandlingen skjer er det normalt liten sannsynlighet for at pasienter får rehabilitering hjemme i sin kommune.

Pasientene har vært rehabiliteringspasienter, og har hatt personlig koordinator i ambulant team. Det har likevel ikke blitt laget vedtak om rehabilitering.

En forklaring til hvorfor det til tross for de ulike leddene som skal fange opp behov for rehabilitering ikke har blitt laget vedtak om rehabilitering eller individuell plan er at pasientene i prosjektet hadde bedre fungering enn vi i utgangspunktet forventet. Det man har arbeidet med har vært opplevd som tidlig innsats i forhold til hva man er vant med å se i vanlig pleie. Det kan se ut som at man i prosjektet har gitt hjelp til rehabilitering til pasienter som normalt ikke ville hatt noe tilbud. I den grad dette er tilfelle har vi flyttet noen ressurser til der pasientene ikke har mistet vesentlig funksjon, og har med det oppnådd vesentlige mål i Samhandlingsreformen. Dette er jo et viktig samfunnsøkonomisk poeng.

Det handler om rett tiltak til rett pasient til rett tid! Fordelen er at vi i prosjektet har fått tak i pasientene mye tidligere enn man ville ha gjort dersom pasientene først skulle bli så dårlige at de måtte ha hjemmesykepleie. Dette har vært en suksessfaktor! Det er ikke sikkert at personalet i hjemmesykepleien ser dette, for de ville ikke ha jobbet med disse problemstillingene slik tankegangen i åpen omsorg har vært til nå.

Det må være få som går til hver rehabiliteringspasient. Da vil det være lettere å se de små framskrittene og justere den fortsatte rehabiliteringen ut fra disse. En viktig ting å tenke på er også at samarbeidet vil fungere bedre hvis gruppen som skal jobbe sammen omkring pasienten kjenner hverandre og hverandres funksjoner. Med en slik forståelse vil det være enklere å få alle som arbeider med en pasient til å jobbe i samme retning.

Evalueringen av prosjektet har vist at viljen til å tenke nytt er til stede i organisasjonene i kommunene, men man opplever at man har for liten kompetanse med hensyn til rehabilitering. Dette gjelder både kompetanse på tverrfaglig samarbeid, kompetanse i å fange opp behov for rehabilitering og konkret rehabilitering til enkeltpasienter.

Samhandling på tvers av kommunegrenser har vært vanskelig, men ses ikke som umulig. Hva som har vært utfordringer er at man har forskjellige rutiner, det har vært vanskelig å føre journal på tvers av kommunegrensene og det har vært lange avstander mellom pasientene.

Det ambulante teamets vurdering er at et slikt team heller burde ha overordnede oppgaver på systemnivå, og at man burde ha et tverrfaglig team som kunne arbeide med rehabilitering i hver kommune. På grunn av at det ikke kun er pasienter med hjerneslag som trenger rehabilitering burde et slikt tverrfaglig team heller ha fokus på funksjonsnivå i ADL, og rehabilitering i sin kommune enn å kun ha fokus på en pasientgruppe. Spørsmålet er vel i så tilfelle om ikke et ambulant team heller skulle springe ut av koordinerende enhet i Helse Fonna, og på den måten styrke fungering i KE for rehabilitering i hele helseforetaket.

På den annen side påpeker lederne i hjemmetjenestene at man i en oppstartfase av hjemmerehabilitering gjerne kunne ha et team som arbeidet på tvers av kommunegrensene for å få opparbeidet seg en god kompetanse på rehabilitering. Da ville man også ha flere fagpersoner å spille på lag med når man hadde utfordringer i forhold til rehabilitering.

En spesiell samarbeidspart i prosjektet er frisklivssentralen på Stord. Trening i grupper på frisklivssentralen har hatt veldig positiv effekt for pasientene både fysisk og sosialt/psykologisk. Dette oppleves også som en god måte å bruke kommunenes begrensede fysioterapi -ressurser på.

En annen samarbeidspart er Hordaland lokallag av LFS. Det var få av pasientene som hadde fått informasjon om LFS, men de som har tatt kontakt med brukerorganisasjonen opplever at de har fått en viktig sosial støtte der.

Hvordan kan vi så ivareta pårørende som ressurs? Pårørende i prosjektet oppgir at de i liten grad har blitt informert om endringer i følelsesliv som de kan forvente hos pasienten. Det har vært få muligheter til å lufte ut egen frustrasjon i forbindelse med pasientens sykdom og rehabilitering. I tillegg har halvparten av dem opplevd å sitte med et ansvar for pasienten som var større enn de hadde kapasitet til. Noen få hadde vært med og utarbeidet rehabiliteringsplanene. Vi ser at i planlegging av hjemmerehabilitering vil det være viktig at alle parter ser på pårørende som en ressurs, men at det er viktig at pårørende selv må vurdere hvor stort ansvar de kan ta.

Også fastlegene må i større grad informeres og involveres i rehabilitering. Dette oppleves kjempeviktig for planleggingen og kontinuiteten for den enkelte pasient. I noen tilfeller har samarbeidet med pasientenes fastleger fungert bra, men i mange tilfeller arbeider pasienter,

pårørende og terapeuter med rehabilitering uten støtte fra fastlegene. Her trenger man generelt en forbedring med hensyn til kontakt/dialog.

Både ambulant team og hjemmetjenestene opplever at det er behov for bedre møteplasser for å overføre kunnskap om rehabilitering til dem som skal arbeide med pasienten i det daglige. Dette gjelder både overordnet tenkning om rehabilitering og konkret arbeid med pasienter som skal ha rehabilitering i hjemmet. Med en slik arbeidsform ville man kunne oppnå tilstrekkelig hyppighet i treningsøkter for pasientene slik at man faktisk kan kalle det for rehabilitering. Med en slik arbeidsform ville man kanskje også gradvis kunne endre kursen i hjemmetjenesten fra en hjelpekultur til en mestringskultur.

Det planlegges nå å en studie, der man skal lære opp nøkkelpersonell i rehabilitering i kommunene. Disse skal være i tett kontakt med åpen omsorg. Kommunene må selv definere hvem som skal være nøkkelpersonell, og hvordan de vil organisere dette. I den grad man velger å la et overordnet ambulant team i rehabilitering knyttes opp mot KE i Helse Fonna kunne det kanskje være naturlig å knytte nøkkelpersonell eller et kommunalt rehabiliteringsteam opp mot KE i kommunene?

Ambulant team i rehabilitering er en ny funksjon i kommunene og helseforetaket, og en del annet personell og funksjoner i kommunen har ikke visst hvordan de skulle forholde seg til teamet eller prosjektet. Teamet på sin side er de som har kjent problemene på kroppen i den nye rollen det innebærer å være nyansatte i et nytt ambulant team. Hvis de i denne situasjonen hadde fått mandat til å ta kontakt med nødvendige samarbeidsparter i forhold til praktiske utfordringer regner de med at de kunne fått til mange gode løsninger med enkle midler. I stedet har det vært prosjektgruppens ansvar å ta initiativ til å lage nye samarbeidsrutiner med viktige funksjoner som for eksempel hjemmesykepleien. Det har derfor muligens tatt unødvendig lang tid å få på plass nye rutiner for samarbeid. Dette har skapt en del stress for teamet som i stor grad stod alene med praktiske utfordringer rundt enkeltpasienter. Her hadde det vært behov for en bedre "ventil". Det er likevel mulig at det å arbeide seg utover i små skritt er en suksessfaktor med hensyn til å få til varige endringer som kan fungere i lang tid når de vel er etablert.

## **14. Konklusjon**

Alt i alt har vi fått mye erfaring i samhandling, både på tvers av spesialisthelsetjeneste, kommuner, høyskole, på tvers av faggrenser og også på tvers av ulike tjenester i de ulike foretakene i forbindelse med prosjektet. Resultat er at hjemmerehabilitering av pasienter med hjerneslag har blitt satt på dagsordenen i mindre kommuner som Stord, Bømlo og Fitjar. Samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåene har blitt endret i positiv retning for pasientene som tok imot tilbud om hjemmerehabilitering. Pasientene har fått et kvalitativt bedre tilbud med fokus på mestring, til forskjell fra om de hadde fått pleie eller ikke noe tilbud i det hele tatt. Vi har vist at dette går an. Nå må hver kommune vurdere hva som vil være hensiktsmessig organisering for optimal rehabiliteringstjeneste i hjemmene, og se dette opp mot rehabilitering i institusjon. Tjenestene må settes i bestilling, og både i helseforetaket og i kommunehelsetjenestene trenger de ulike koordinerende enhetene å styrkes dersom disse skal klare å ivareta sine roller med hensyn til å bygge opp tjenester i rehabilitering slik disse er pålagt.

## **15. Organisering av prosjektet**

### **15.1. Styringsgruppe for Helsetorgmodellen**

FOU-rådet ledes av seniorrådgiver med kompetanse i medisinsk/helsefaglig FoU-arbeid, professor Åke Seiger. Øvrige medlemmer i rådet representerer samhandlingspartene, og er fagpersoner med solid helsefaglig kompetanse. FOU-rådet har som oppgave å godkjenne prosjekter innenfor Helsetorgmodellen.

### **15.2. Driftsgruppe for Helsetorgmodellen**

Driftsgruppen har oversikt over, koordinere og følge opp FOU-prosjekter. Ph.D. Berit Seiger Cronfalk var leder for driftsgruppen ved oppstart av prosjektet. Førstelektor ved HSH, Arvid Birkeland var driftsgruppens kontaktperson.

### **15.3. Referansegruppe**

Det har vært en referansegruppe i hver kommune, i Helse Fonna og ved Høgskulen Stord/Haugesund. Referansegruppene har vært tverrfaglig sammensatt. Fagpersonene har kommet fra ulike nivå i organisasjonen. Referansegruppene har vært ulikt involvert i de ulike kommunene. Representant fra Stord kommune har i liten grad maktet å holde kontakten

med sin referansegruppe, mens representant fra Bømlo i større grad har gjort nytte av sin referansegruppe.

Referansegruppen har bestått av:

Bømlo kommune:

- Kåre Dahl – fastlege, tilsynslege på BBR
- Berit Hjellbakke – sjukepleiar TV NSF
- Elin Steinsbø Fylkesnes - Leiar Ergoterapeut (leiar koordinerende eining)
- Sissel Våge – Sjukepleiar BBR/ Gry Eskedal
- Hilde Markhus – Gruppeleiar heimesjukepleie i Bremnes omsorgsområde, sjukepleiar
- Elin Olaussen – Fysioterapeut/ Kathrine Tislevoll Nygård
- Unni Spissøy – HelseFagarbeidar med videreutdanning i rehabilitering
- Maila Tveita -HelseFagarbeidar med videreutdanning i rehabilitering
- Hans Borgen – Brukarrepresentant

Stord kommune:

- Terje Dregelid – sjukepleiar
- Lars Helge Sørheim - kommunelege
- Anne Line Innvær – hovedtillitsvalgt Fagforbundet
- Asbjørg Hovland Verpelstad – avdelingsleiar Avdeling for døgnrehabilitering
- Gina Engevik – avdelingsleiar heimetenester
- Philip Solberg – avdelingsleiar fysio- og ergoterapitenesta
- Annlaug Tenold – einingsleiar Eining for habilitering
- Brit Sørensen Dalsgård – einingsleiar Eining for heimebaserte tenestar
- Esther Åsen Bjelland – einingsleiar Stord sjukeheim og Knutsaåsen eldresenter
- Svanhild Stuva - fysioterapeut
- Solfrid Skumsnes Dahle - ergoterapeut
- Gina Engevik – avdelingsleiar heimebaserte tenestar

- Philip Solberg – avdelingsleiar avdeling for fysio- og ergoterapi
- Asbjørg Hovland Verpelstad – avdelingsleiar Avdeling for døgnrehabilitering
- Anna Lise Sortland – ergoterapeut
- Tove Riise Grastveit – hovedtillitsvalgt Sjukepleierforbundet
- Svanhild Solhaug – einingsleiar Kundetorget

Fitjar kommune:

- Sigrid Fangel, leder i råd for funksjonshemmede i Fitjar kommune
- Anne Berit H. Johansen, Helse- og sosialsjef i Fitjar kommune
- Grete Sætre, Sykepleier og lærer på Helse- og sosial på Fitjar videregående skole
- Hege Korsvik, Avdelingssykepleier i Hjemmebaserte tjenester i Fitjar kommune

Høgskolen Stord / Haugesund:

- Anny Norlemann Holme, høgskolelektor i helsefag ved HSH avd. Haugesund
- Helga Reinertsen, Åpen omsorg i Haugesund kommune
- Borghild Strand, Åpen omsorg i Haugesund kommune

#### **15.4. Noen råd om organisering av prosjekt i Helsetorgmodellen på bakgrunn av prosjektgruppens erfaringer**

- Prosjektleder må ha stor nok stillingsbrøk til å kunne ivareta oppgaver som er forventet av styringsgruppen
- Interkommunale prosjekter i Helsetorgmodellen må ha klare(-re) struktur og oppgavefordeling mellom prosjektansvarlige, styringsgruppe og prosjektleder
- Interkommunale prosjekter i Helsetorgmodellen må avklare om det er nødvendig med en styringsgruppe eller om prosjektansvarlige i hver kommune kan ivareta rollen som styringsgruppe
- Mandat og oppgaver for utøvende part (her: ambulant team) må være avklart før prosjektet starter



- Møtestruktur må ivareta utøvende parts (her: ambulant team) behov for å utveksle kunnskap og erfaringer; vi mener gjennomgående representasjon er en fordel
- Det må være en avtalt og forpliktende møtestruktur som underletter kommunikasjon i alle ledd av prosjektet, og mellom alle parter som skal samarbeide i prosjektet

## 16. Litteratur

Askim, T., Rohweder, G., Lydersen, S. & Indreavik, B. (2004): *Evaluation of an extended strokr unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial.* Trondheim: Medisinsk teknisk forskningscenter, NTNU. *Clinical Rehabilitation* 2004; 18: 238-248.

Birkeland, Arvid og Anne Maria Flovik (2011): *Sykepleie i hjemmet.* Oslo: Akribe AS.

Ekstam, Lisa, Uppgard, Brittmaria & Von Koch, Lena (2007): *Functioning in everyday life after stroke: a longitudinal study of elderly people receiving rehabilitation at home.* 2007 The Authors. Journal compilation, 2007 Nordic College of Caring Science. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00488.x

Ergoterapeutforeningen (u.å.): *COPM/CMOP. Canadian Occupational Performance Measure.* Hentet fra: <http://www.etf.dk/copm>

Fjaertoft, Hild, Indreavik, Bent, Johnsen, Roar & Lydersen, Stian (2004): *Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial.* Trondheim: Medisinsk teknisk forskningscenter, NTNU. *Clinical Rehabilitation* 2004; 18: 580-586.

Fjaertoft, Hild, Indreavik, Bent, Magnussen, Jon & Johnsen, Roar (2005): *Early Supported Discharge for Stroke Patients Improves Clinical Outcome. Does It Also Reduse Use of Health Services and Costs? One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial.* Trondheim: Department of Public Health and Department of Neuroscience, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology. DOI: 10.1159/000085543.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011): FOR 2011-12-16 nr 1256. Oslo: HOD (Helse og omsorgsdepartementet). Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>

Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.* Oslo: Helsedirektoratet. IS-1688. Hentet fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/IS-1688\\_Nasjonal\\_re\\_287309a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/IS-1688_Nasjonal_re_287309a.pdf)

Helsedirektoratet (u.å.): *God helse – gode liv. Tema: IPLOS.* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/iplos>, 28/10 2011.

Helsedirektoratet (u.å.): *Motiverende samtale/Motivational Interviewing (MI).* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/Sider/default.aspx>

Helse Bergen (sist endret 19/2 2013): Helse Bergen. Haukeland universitetssjukehus. Regional koordinerende eining. Hentet fra: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/hab-rehab/Sider/regional-koordinerende-eining.aspx>

Helse Fonna (u.å.): *Forpliktende avtaler mellom Helse Fonna og kommunene.* Haugesund sjukehus. Hentet fra: <http://helse-fonna.no/fagfolk/samhandling/hospitering/Vedlegg%20Helse%20Fonna/Vedlegg%20avtaler%20Haugesund%20Osjukehus.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999): LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2004): *FOR 2004-12-23 nr. 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20041223-1837.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): *Prop. 91 L. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).* Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>

Helsetorgmodellen (u.å.): *Helsetorgmodellen -et samhandlingsprosjekt mellom helseforetak, kommuner og høgskole i Helse Fonna-området*. Hentet fra: <http://www.helsetorgmodellen.no>

Helsetorgmodellen (2011): *Møtereferat fra styringsgruppen 15/6 2011*. Haugesund: Helsetorgmodellen.

Helse Vest (2011): *Regional plan for slagbehandlingskjeda/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest. Rapport fra prosjektgruppe. Utkast september 2011*. Haugesund: Helse Vest

Høgskolen i Bergen (HiB) og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (2011): *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra: [http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis\\_13/10\\_2011\\_12/10](http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis_13/10_2011_12/10) 2011.

Kjellberg, Pia Kürstein & Ibsen, Rikke (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. Danmark: Dansk sundhedsinstitut. Hentet fra: [http://www.etf.dk/fileadmin/bruger\\_upload/dokumenter/FAG\\_FORSKNING/Rehabilitering/DSI\\_evaluering\\_-\\_rapport\\_september\\_2011.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSI_evaluering_-_rapport_september_2011.pdf)

Kjellberg, Pia Kürstein (2010): *Hverdagsrehabilitering i Fredericia kommune. 1. devaluering*. Danmark: Dansk Sundhedsinstitut/Fredericia kommune.

Kunnskapscenteret (2011): *Kartlegging av måleinstrument til måling av brukererfaringer med samhandling*. Oslo: Kunnskapscenteret. Hentet fra: [www.kunnskapscenteret.no](http://www.kunnskapscenteret.no)

Kunnskapscenteret (u.å.): *Akutt hjerneslag: Slagenhet med tidlig støttet utskrivning mest kostnadseffektivt*. Oslo: Kunnskapscenteret. Hentet fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/Nyheter/Akutt+hjerneslag%3A+Slagenhet+med+tidlig+st%C3%B8ttet+utskrivning+mest+kostnadseffektivt.9830.cms>

Kunnskapscenteret (2013): *Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes*. Kunnskapscenteret. Hentet fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/Evaluering+av+80+samhandlingsprosjekter+-+n%C3%B8kler+for+%C3%A5+lykkes.17210.cms>

Latour, Bruno (1987): *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.: Harvard University Press.

Latour, Bruno (2008): *En ny sosiologi for et nyt samfund, Introduktion til Aktør-Nettværk-Teori*. København, Danmark: Akademisk forlag.

Leach, Emma, Cornwell, Petrea, Fleming, Jenny & Haines, Terrence (2009): *Rehabilitation in practice. Patient centred goal-setting in a subacute rehabilitation setting*. Disability and Rehabilitation, 2010; 32(2): 159-172. DOI: 10.3109/09638280903036605

Nemeth, Laila (2011): *Mandat, rammer og milepæler for Delprosjekt Rehabilitering. Stord kommune, Bømlo kommune, Fitjar kommune, høgskolen, Helse Fonna*. Stord/Haugesund: Referat fra møte 14/09 2011.

Nemeth, Laila (2009): *"Rett behandling - på rett sted - til rett tid". Helsetorgmodellen - et samhandlingsprosjekt mellom kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Stord, Bømlo, Odda (i samarbeid med Ullensvang og Jondal) og Sveio. Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna HF. Prosjektbeskrivelse*. Haugesund: Helse Fonna. Hentet fra: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:rOhLjNgHUqWJ:bjorgeneush.no/static/files/helsetorgmodellen/Helsetorg\\_modell\\_soknad\\_2009.pdf+rett+behandling+p%C3%A5+rett+sted+til+rett+tid+Haugesund&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEEsG1NXBx028dRY8tp8vTdvJHRVUbtppa1PDqZucUg7WGr6ln14NmV7dU2k\\_jOqGINVHLowR3ZNFzgjPjIkqIrHGyAWIOD1bTZrKsPQwRQFBEEaaBlNjzKkqjFdYCTYwb\\_uNOIJ&sig=AHIEtbQi60byM9v\\_aOKGUx93h5dZRdOdbw](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:rOhLjNgHUqWJ:bjorgeneush.no/static/files/helsetorgmodellen/Helsetorg_modell_soknad_2009.pdf+rett+behandling+p%C3%A5+rett+sted+til+rett+tid+Haugesund&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEEsG1NXBx028dRY8tp8vTdvJHRVUbtppa1PDqZucUg7WGr6ln14NmV7dU2k_jOqGINVHLowR3ZNFzgjPjIkqIrHGyAWIOD1bTZrKsPQwRQFBEEaaBlNjzKkqjFdYCTYwb_uNOIJ&sig=AHIEtbQi60byM9v_aOKGUx93h5dZRdOdbw)

Ness, Nils Erik, Laberg, Torill, Haneborg, Malene, Granbo, Randi, Færevaa, Lise og Butli, Hege (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene*. Hentet fra: <http://netf.no/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>

Njærheim, Anne Beth (2011): *Forstudierapport om: "Rehabilitering og LMS" – fase 1. Eit delprosjekt i Helsetorgmodellen om samhandling mellom kommunane Stord, Bømlo, Fitjar og Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund*. Bømlo kommune.

Pasientrettighetsloven (1999): *Lov om pasientrettigheter*. LOV 1999-07-02 nr. 63. Oslo: HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). Hentet fra: <http://www.lovdatabank.no/all/hl-19990702-063.html>

Rand, Per (2003): *Mestringsmotivasjon*. En teoristudie. Oslo: Universitetsforlaget, Pedagogisk forskningsinstitutt.

Rambøll (2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientenes hjem/vante miljø*. Rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet. IS-0365. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo/Sider/default.aspx>

Sosial og helsedirektoratet (2004): *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet. IS-12/2004. Hentet fra: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-12\\_2004\\_2307a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-12_2004_2307a.pdf)

St. meld. nr. 47. (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Tande Bjerkaas, Karl-Erik (2011): *Stor interesse for Fredericia-erfaringene*. Norsk Ergoterapeutforbund – NETF. Hentet fra: <http://www.netf.no/NETF/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Stor-interesse-for-Fredericia-erfaringene-den-20/10-2011>

Tingvoll, Wivi-Ann og Torill Sæterstrand (2008): *Rehabilitering blir ikke prioritert i åpen omsorg eller i sykehjemmene*. *Sykepleien* 2008 96(13):84-85. DOI: 10.4220/sykepleiens.2008.0017 Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116592/sats-pa-rehabilitering>

Uddannelsescenteret Fredericia (u.å.): *Prosjektet: Længst mulig i eget liv. Flere vedlegg til dette*. Danmark: Uddannelsescenteret Fredericia, nettside. Hentet fra: <http://ucf.dk/index.php?id=22&whatnews=0&newsid=223>

Verdighetsgarantien (2010): *Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg*. Oslo: Statsministerens kontor. Pressemelding 12.11.2010. Nr.: 149/10. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressemeldinger/2010/verdighetsgarantien.html?id=624134>

Watkins, Caroline L., Wathan, Jennifer V., Leathley, Michael J., Auton, Malcolm F., Deans, Carol F., Dickinson, Hazel A., Jack, Cathy I. A., Sutton, Christopher J., Van den Broek, Martin D. & Lightbody, Elizabeth (2011): *The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke. A randomized Controlled Trial*. USA: American Heart Association, Inc. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.602227