

# «Vossamodellen» - kvardagsrehabilitering på Voss

## Utfordringar framover i helse- og omsorgstenestene

*I helse- og omsorgstenestene står me overfor store utfordringar framover. Det er noko me alt erfarer i praksis, og det vert også understreka frå styrande myndigheiter. Stortingsmelding nr. 25, 2005-2006, gjer det klart at brukarane av dei kommunale helse- og omsorgstenestene vert fleire. Talet på eldre over 80 år vert dobla dei neste 30 åra med ein særleg stor vekst rundt 2020. I forhold til veksten i talet eldre, vert det færre yrkesaktive og færre middelaldrande pårørande til å yta omsorg.*

AV SOLRUN HAUGLUM

Dei vil gi utfordringar både for verdiskaping, rekruttering og familieomsorg. Morgondagen sine brukarar vil ha andre behov og problemstillingar, og dei vil også ha andre forventningar til helsevesenet og andre ressursar i møtet med helseproblem og helsepersonell. «I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse.» (St.meld. nr. 25, 2005-2006:10.) I Stortingsmeldinga vert det skissert fem strategiar for å møte desse utfordringane, mellom anna forskning og aktiv omsorg, og det vert snakka om heilheitlege omsorgstilbod og førebyggjande tiltak.

Samhandlingsreforma, som trådte i kraft 1. januar 2012, følgjer dette opp med fokus på førebygging, tidleg avdekking av funksjonstap og rask igangsetting av rehabiliterande tiltak i kommunehelsetenesta (Meld. St. 47, 2008-2009). NOU 2011:11 med tittelen «Innovasjon i omsorg» frontar nye løysingar på framtid utfordringane. Omgrepet «næromsorg» vert brukt og viser her til samspel med



**Styringsgruppa for Vossamodellen. Fra venstre: Per Waarda, Torhild Frøydis Eidm Olbjørg Skutle, Solrun Hauglum, Hanne Tuntland og Jorun Sivertsen.**

familie, sosialt nettverk og lokalsamfunn, det vil sei dei som gjerne vert omtala som pårørande og frivillige. Det vert føreslege å nytta velferdsteknologi i større grad, og det vert sett fokus på bustadløysingar og nærmiljø og trongen for utforming som gjer det mogeleg å eldast i eige hus og miljø. NOU-en omtalar også kvardagsrehabilitering og prosjektet «Længst mulig i eget liv» i den danske kommunen Fredericia.

Underteikna er ergoterapeut og jobbar som pleie- og omsorgsleiar i Voss kommune. Voss er kjent for fleire ting, mellom anna flott natur, spre-

ke idrettsutøvarar og ekstremsport. Men det er også andre ting som er «ekstreme» på Voss. Kommunen er stor i areal, nesten på storleik med Vestfold fylke, og det bur folk langt ut i ytterkantane av kommunen. Frå sentrum har heimesjukepleien rundt fire mil å køyra i meir enn fem ulike retningar for å nå ut til brukarane. Når ein stor del av dei 14 000 innbyggjarane er over 80 år (6,8 % mot 4,6 % i landet elles) (Voss kommune 2009), skjønner ein at dette kan by på utfordringar. Ein skjønner også at Voss i alle fall ikkje vil få mindre utfordringar enn andre kommunar



**Solrun Hauglum er ergoterapeut og spesialist i eldres helse. Hun har master i rehabilitering. Hun arbeider som pleie- og omsorgsleder i Voss Kommune**

framover når det gjeld det veksende talet hjelpetrengande brukarar sett opp mot knappe budsjett og aukande vanskar med rekruttering. Som pleie- og omsorgsleiar må eg derfor ha tankar og strategiar rundt korleis me skal møte desse utfordringane, og korleis me skal snu fokus meir over på forebygging og rehabilitering.

### Starten på eit prosjekt

Då eg i mai 2011 vart kontakta av forskingsmiljø i Bergen/Hordaland som ønskte å prøva ut ein dansk rehabiliteringsmodell i ein norsk kommune, var dette derfor av stor interesse. Som sentralstyremedlem i Norsk Ergoterapeutforbund hadde eg fått orientering om kvardagsrehabilitering og prosjektet i Fredericia (sjå annan artikkel i bladet), og det å få prøva denne modellen ut i eigen kommune, var absolutt freistande.

Etter møte mellom forskarar og leiarar/administrasjon i kommunen, vart det bestemt at me skulle sei ja til å delta i prosjektet. Det vart utover sommaren jobba med å orientera om og forankra prosjektet administrativt og politisk. Første versjon av prosjektskissa vart utforma, og det vart søkt om samhandlingsmidlar.

Styringsgruppe vart danna og hadde første møte i september. Parallelt vart det jobba med oppstartkurs. Me fekk 10 000 kroner i støtte frå ReHabuka og avvikla eit todagars kurs. Det var stor interesse for kurset, og me enda med 70 deltakarar første dag og 50 andre. Dei fleste av desse var tilsette i kommunalavdelinga, men det var også brukarrepresentantar, politikarar og tillitsvalde og representantar frå fire andre kommunar. Kurset ga oss ein god felles start, og me fekk viktige avklaringar og diskusjonar.

### Føremål og organisering

Føremålet med prosjektet vårt på Voss er å utvikla, gjennomføra og evaluera ein ny modell for kommunal rehabilitering som skal gi vinst både for pasientar, tilsette og helsetenesta i kommunen. Me håpar å forseinka pleiede- but og gi auka livskvalitet for pasientane, gi auka medarbeidar tilfredsheit for involvert personell og frigjera kapasitet i helsetenesta til andre sentrale oppgaver. Me vil finna vår vari-



SLAD MELBOM OG. Møterund på Høgskolen, då den nye språke- og språkveivaren Rindar Dagstad (nr. 101 i ) møtte statsråd Liv Signe Navarsete i bladet eller: Sølrun Hauglum (l.v.), Hanne Erik Røglund og Anne-Grethe Haugen.

## Betre liv med «Vossmodellen»

*Vossmodellen har fått fleire oppslag i lokalavisa Hordaland. Her frå besøket av kommunal- og regionalminister Liv Signe Navarsete.*

ant av «Fredericiamodelen» tilpassa ein mellomstor norsk kommune og få erfaringar frå denne varianten av kvardagsrehabilitering. Me tenkjer at dette kan ha verdi for andre norske kommunar, og derfor vil vera av interesse langt utanfor våre kommunegrensar. Prosjektperioden vil ha ei varigheit frå to til tre år, og i etterkant av prosjektet vert det skrive sluttrapport som vil vera tilgjengeleg for alle.

Prosjektet vårt har ein forskingsdel og ein praktisk del. Forskarane kjem frå Høgskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest og andre institusjonar. Prosjektet er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og prosjektleiar. Hanne Tuntland ved Høgskolen i Bergen er prosjektleiar for forskingsdelen av prosjektet, og underteikna fungerer som prosjektleiar for implementeringsdelen. Styringsgruppa vert leia av Per Waardal ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og er samansett av forskarane, prosjektleiar, kommunalsjef og representant frå spesialisthelsetenesta. Prosjektleiar for implementeringsdelen har ansvar for prosjektgruppa, som er samansett av utplukka helsepersonell og leiarar, brukarrepresentantar og hovudtillitsvalde.

«Motoren» i prosjektet vert den tverrfagleg samansette høgskulegruppa med ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleiar. Dei vil vurdera aktuelle

søkjarar, og for dei som fyller inklusjonskriteriane og seier ja til å delta, vert det utforma individuell rehabiliteringsplan. Rehabiliteringa vert igangsett av høgskulegruppa, og så overtek anna personell under deira rettleiing når dette vert vurdert som forsvarleg. Tiltaka dreiar seg om trening i daglege aktivitetar og tilrettelegging for mest mogeleg deltaking og meistring i dagleglivet. Det er stor grad av brukarmedverknad, og det er fokus på brukar sine ressursar. Det vert brukt fleire ulike kartleggingsinstrument, mellom anna COPM (sjå annan artikkel i bladet).

Aktuelle brukarar er dei som søker om hjelp frå pleie- og omsorgsavdelinga for første gong, dei som har midlertidig funksjonstap eller søker om meir tenester, dei som har hatt tekniske hjelpemiddel på korttidslån og no treng dei meir varig, og dei som vert skrivne ut frå sjukehus med ny eller auka trong for tenester frå pleie- og omsorgsavdelinga. Det er inga øvre eller nedre aldersgrense, men størstedelen av søkerane vil vera eldre personar.

No er prosjektet i planleggings- og opplæringsfasa. Planen er å starta med brukarar i april - mai 2012.

### Kvardagsrehabilitering – det same som me alltid har gjort?

Nokon vil kanskje spørja kva som er nytt med denne modellen.





**Femten personar tilknytt Vossmodellen reiste på temadag i Fredericia. Osterøy og Stord kommune vart også med på lasset.**

Rehabilitering i heimen har me vel drive i mange år. Det nye med kvar-dagsrehabilitering, i alle fall for Voss sin del, er særleg to vesentlege ting: typen brukarar som kjem med og måten me skal samarbeida på tverrfagleg og fordela oppgåver mellom yrkesgruppene.

Mange av dei aktuelle brukarane får vanlegvis tildelt meir «tradisjonelle» tenester som heimehjelp og heimesjukepleie utan noko større fokus på ressursar og rehabiliteringspotensial. Helsepersonell går kanskje inn og utfører aktivitetane for dei eller hjelper dei, og kan på den måten vera med på å understreka hjelpetrong og skjula mogelege ressursar og motivasjon og evne til å klara seg sjølv. Det kan også vera ein tendens til at brukar beheld den hjelpa han har fått og kanskje får tildelt meir utan noko grundig vurdering av kva som kan gjerast for å redusera hjelp frå det offentlege. På oppstartkurset vårt fortalde ein tilsett i heimesjukepleien om brukaren som sa at «det var så bale» dei dagane ho måtte sitja og venta på hjelp til å dusja. Det var så mykje greiare å få unna dusjinga dei dagane ho gjorde det sjølv. Ingen i avdelinga var klar over at pasienten klarde å dusja åleine.

Modellen baserar seg på ein ny måte å arbeida og samarbeida på. Høgskuleutdanna (ein ergoterapeut, ein fysioterapeut og ein sjukepleiar)

utgjer som sagt «motoren», dei som vurderar, undersøker og planlegg saman med brukar. Nokre gonger vil dei også vera direkte involverte i tiltaka, men i andre tilfelle overlet dei dette til andre medarbeidarar og får rolla som rettleiar. Dette kan vera utfordrande for alle partar, noko erfaringar frå Danmark også viser (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011). Tilsette som har vore van til å utføra oppgåvene for brukaren, til dømes heimehjelp og omsorgsarbeidar, skal no skifta over til å motivera og tilretteleggja for meir innsats frå brukar sjølv. Dei skal i mange tilfelle gjera seg sjølv overflødige og avslutta hjelpa hjå brukar. For høgskuleutdanna kan det kjennast uvant å rettleia andre i oppgåver dei tidlegare har hatt sjølve, og dei kan oppleva å få mindre direkte pasientkontakt.

Dei andre medarbeidarane i prosjektet vil vera frå fleire yrkesgrupper, til dømes sjukepleiarar, vernepleiarar, heimehjelparar, helsefag-/omsorgsarbeidarar og aktivitetørar. Det er ikkje endeleg bestemt om desse personane skal danna eit eige team med eigen turnus som berre jobbar inn i prosjektet, eller om me skal nytta spesielt hånplukka og skulert personell som har sin vanlege jobb, men vert dregne inn i prosjektet når dei får aktuelle pasientar i si sone. I Fredericia vart det nytta eige team, men i byrjinga

jobba dei berre på dagtid. Kveldsvaktene kom frå dei vanlege teama i open omsorg. Dette baud på utfordringar, og etter ei tid vart også kveldsvaktene ivaretekne av personell frå «spesialteamet» (Rehabiliteringsteamet Fredericia, 2012). Med den storleik Voss kommune har, byr det heilt klart på utfordringar for oss på Voss å ha eit eige team sentralt plassert i kommunen. Mykje av deira tid kan gå vekk til bilkøring, og denne modellen vil dermed krevja meir ressursar. Me hadde derfor tenkt å nytta modellen der me dreg ut skulert personell etter trøng. Men me er med i eit forskingsprosjekt der «vegen vert til medan me går», og no i skrivande stund ser det ut til at eit eige team er det ønskjelege. Dette med omsyn til forskingsmetode og måling av effekt.

## Forskning og problemstillingar

Det er etablert ei forskargruppe som vil sjå på ulike problemstillingar og ta i bruk både kvantitative og kvalitative metodar. Den eine problemstillinga i forskingsdelen er om kvardagsrehabiliteringa medfører betring i brukarane sitt funksjonsnivå når det gjeld ADL-funksjon og motorisk funksjon. Å sei noko om effekten av kvardagsrehabiliteringa er svært ønskjeleg. Dette vert også framheva i rapportar frå Fredericia (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011). Dei har ikkje gjort denne typen undersøking i Danmark – så vidt me kjenner til, er det ikkje utført nokon stad i Norden. Me ønskjer å ha ei brukargruppe som får intervensjon, og ei kontrollgruppe som får «vanlege tiltak», og lata brukarane verta utplukka tilfeldig til gruppene. Dersom me får til ei randomisert kontrollert studie, vil prosjektet også ha større overføringsverdi til andre. Dei øvrige problemstillingane vil vera å vurdere medarbeidartilfredsheit hjå involvert helsepersonell, vurdere brukar si oppleving av å delta i kvardagsrehabilitering, og å utføra økonomisk analyse for å vurdere eventuell kommunal innsparing.

## Kva betyr prosjektet for oss?

Å delta i prosjektet kostar oss ein god del, både av innsats, energi og ressursar. Likevel meiner eg heilt klart at det

er mange gode grunnar til å delta. Den aller viktigaste er nemnt innleiingsvis. Me står framfor store utfordringar, og dette fordrar nye måtar å jobba på. Me kan ikkje berre holda på å gjera meir av det me har gjort, og tru at ressursane vil auka i takt med talet brukarar og trongen deira for helsehjelp. Me må tenkja i nye baner og våga å gå nye vegar. Dette er det NOU 2011:11 kallar innovasjon i omsorg. Eg trur også at deltaking i denne typen prosjekt kan ha positiv verknad på rekruttering og hjelpa oss til å holda på dyktige medarbeidarar. Og det vert svært viktig i tida framover.

Prosjektet vil ha positiv verknad på praksis og kompetanseheving i avdelinga, og det er i tillegg ekstra interessant å delta i eit prosjekt som kan få betydning også for andre kommunar. Me får svært god drahjelp til prosessar og endringar me uansett måtte ha sett i gang i kommunen. Utan prosjektet ville det berre ha teke lengre tid. No samarbeidar me med høgskulelektorar og forskarar som deltek i opplæring av personalet, og me har fått støtte og hjelp til å arrangera dagars kurs for mange tilsette. Me har også fått samhandlingsmidlar for 2011 som mellom anna har vorte nytta til prosjektleiar i halv stilling og studietur til Danmark saman med forskarar og styringsgruppe og representantar frå to andre Hordalandskommunar. Ni av Voss sine tilsette deltok på turen. Me hadde ein temadag i Fredericia kommune, og hadde deretter ein veldig spanande dag på Teknologisk Institut i Odense. Der fekk me demonstrert det siste nye innan teknologiske hjelpemiddel, og representant frå Odense kommune fortalde om erfaringar med teknologi i praksis. Denne turen hadde ikkje vore mogeleg utan øyremerkte prosjektmidlar utanfrå. Me også fått tre reisestipend slik at tre tilsette kan hospitera i Danmark i ei veke for å verta betre kjende med kvardagsrehabilitering og arbeidsmetodar.

Ein annan inspirasjon og motivasjon til å delta i prosjektet, er erfaringar frå praksis. Etter mange år som ergoterapeut, og med lang erfaring frå rehabilitering i kommunehelsetenesta, har eg mange gode brukarhistoriar

som sit att i minnet som «solskinnshistoriane». Dei gongene me verkeleg fekk det til, der alt klaffa. Felles for desse historiane er at brukar oppnådde noko, noko viktig som utgjorde ein forskjell i livet hans. Kanskje å verta sjølvhjelpen på område der ein ikkje trudde han skulle oppnå det. Felles for desse historiane er også godt samarbeid, både tverrfagleg og med brukar og pårørande. Ein del av desse brukarane var ikkje typiske rehabiliteringskandidatar. Dei høyrde til den gruppa som fort kan falla utanfor rehabiliterande tiltak og tverrfagleg innsats, og nokon av dei var vurderte til ikkje å ha det ein kallar rehabiliteringspotensiale. Slike brukarar vil kunne inkluderas i prosjektet vårt, og eg har stor tru på at fleire av dei kan ha mykje å vinna på kvardagsrehabilitering.

### Erfaringar frå den første fasa av prosjektet

Prosjektet vårt er heilt i startfasa, men me har likevel gjort oss nokre erfaringar frå denne første fasa. Det eine er at det er svært viktig med forankring, både innan eiga kommunalavdeling, men også administrativt og politisk i kommunen. Dette tek tid, men det bør prioriterast. Det er viktig at sentrale samarbeidspartar og deltakar forstår bakgrunnen for prosjektet og betydninga av å endra praksis. For vart dette lettare etter oppstartkurset når så mange fekk same informasjon og fekk delta i diskusjonar og komma med innspel.

Det vert også viktig å få ut informasjon til innbyggjarane i kommunen. Prosjektet har alt fått omtale i lokalavisa fleire gonger, mellom anna i samband med oppstartkurs og besøk av helseministar Anne Grete Strøm-Erichsen og kommunal- og regionalministar Liv Signe Navarsete. I tillegg har me holde eit ope informasjonsmøte i ein del av kommunen. Her var det godt oppmøte og positive attendemeldingar, så me vurderar å holda fleire møte av denne typen. Å laga informasjonsbrosjyre står også på dagsorden.

Me har også forstått at i denne typen prosjekt må me våga å satsa sjølv om me veit det vil by på utfordringar. Det er mykje som framleis er

uklart i denne fasa av prosjektet, og det må me klara å leva med. Mellom anna modellen me skal nytta, personalet som skal brukast og kva type opplæring dei skal få, er framleis ikkje «heilt i boks» hjå oss. Det same gjeld den økonomiske delen. Me har like store utfordringar med budsjettet som mange andre kommunar, og me planlegg no eit prosjekt som vil kosta, både pengar og personell, samstundes som me skal ta ut store kutt i avdelinga. Sjølv om me har tru på at dette vil lønna seg på sikt, kan det vera utfordrande å holda stø kurs i prosjektet innimellom dei daglege utfordringane og prosessane i avdelinga.

Men me har bestemt oss for å holda stø kurs i vårt prosjekt på Voss, for å utvikla og prøva ut vår «Vossmodell» og gjera oss erfaringar med denne. Me tenkjer at me er på god veg, og at det er utviklande og veldig spanande å få delta i denne typen prosjekt. Så står det att å sjå om me oppnår det dei i Fredericia kallar ein «win-win-win»-situasjon (Kjærgård 2010), at både brukarar, tilsette og helsetenesta i kommunen kjem vinnande ut av prosjektet. □

### Kjeldeliste:

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St. meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Kjellberg, P.K., Ibsen, I. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut. Kjærberg, K. (2010). *Træning før hjemmepleje er en win-win-win situation*. <http://www.etf.dk/4095/> Lest 25.05.2011 NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Rehabiliteringsteamet Fredericia (2012). *Hverdagsrehabilitering i praksis*. Foredrag på «Temadag: længst muligt i eget liv», Fredericia 11.01.2012. Voss kommune (2009). *Planprogram for kommuneplan Voss 2011-2012*. <http://www.voss.kommune.no/Filnedlasting.aspx?MIdI=350&FilId=2588> Lest 09.06.2011.