



GJØVIK KOMMUNE

TJENESTEOMRÅDE HELSE OG OMSORG

Rapport publisert 01.04.2014, utarbeidet av Elin Angen Michaelsen, Maren Sogstad og Lene Fossbråten

Innføring av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune



**Haugtun
Utviklingscenter
for sykehjem**
Oppland

Sammendrag

Prosjektet «Innføring av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune» ble igangsatt ved Haugtun, Utviklingssenter for sykehjem i Oppland, i desember 2012. Noe av bakgrunn for prosjektet var erfaringer med at rehabiliteringstiltak i avdeling ikke blir fulgt opp godt nok etter hjemkomst, og det var ønske om å rette fokus på dette. Rehabilitering er et av satsningsområdene i Gjøvik kommunes virksomhetsplan 2015, og det var relevant å gjennomføre et prosjekt knyttet til dette. Hverdagsrehabilitering er et nasjonalt satsningsområde, og prosjektet ble også satt i sammenheng med «Hverdagsrehabilitering i Norge», som er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og KS.

To hjemmetjenesteavdelinger, rehabiliteringsavdeling og somatisk korttids-avdeling i Gjøvik kommune har deltatt i prosjektet. Ved hver av disse ble det dannet en arbeidsgruppe med fire personer. 1-2 personer fra hver av disse har deltatt som prosjektgruppedeltakere og dermed hatt en mer sentral rolle i prosjektarbeidet.

I prosjektperioden har det vært lagt vekt på kompetanseheving i arbeidsgruppene gjennom kurs, konferanser og fagdag. Videre har det blitt utarbeidet prosedyre/mal for gjennomføring av målsamtale og modell for utprøving av hverdagsrehabilitering. Utprøving av hverdagsrehabilitering ble deretter gjennomført med til sammen fem brukere fra tre av avdelingene i prosjektet. I sluttfasen av prosjektet er det utarbeidet forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune. Denne er lagt fram i ledergruppa for helse- og omsorg i Gjøvik kommune.

Prosjektet er evaluert gjennom fokusgruppeintervju. Det er i arbeidsgruppa oppnådd økt kompetanse om hverdagsrehabilitering. Erfaringene i utprøvingen viser at det er utfordrende å gjøre ting på nye måter, men at det oppleves veldig motiverende når en ser effekt av tiltakene som ble igangsatt for brukere i utprøvingen. Det er oppnådd større fokus på hverdagsrehabilitering og interesse for å jobbe videre med dette. For å lykkes med hverdagsrehabilitering er det viktig å ha fokus på suksesskriterier, deriblant god planlegging, kompetanseheving, tverrfaglighet og forankring på alle nivå.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Prosjektets hensikt og mål	8
1.3	Organisering	9
1.4	Forankring.....	10
1.4.1	Forankring på kommunalt ledernivå	10
1.4.2	Forankring i styringsdokumenter	10
1.5	Økonomi	13
2.0	Teoretisk referanseramme	14
2.1	Sentrale begrep	14
2.2	Hverdagsrehabilitering i et helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv	16
3.0	Planlegging og gjennomføring av prosjektet.....	19
3.1	Planleggings og kartleggingsfase	19
3.2	Gjennomføringsfase	20
3.2.1	Etablering av arbeidsgrupper som deltar i opplæring av hverdagsrehabilitering....	20
3.2.2	Opplæring, kompetanseheving og etablering av læringsnettverk.....	20
3.2.3	Utarbeiding av verktøy for gjennomføring av målsamtale	22
3.2.4	Utprøving av hverdagsrehabilitering	25
3.2.5	Forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune.....	28
4.0	Evaluering.....	32
5.0	Oppsummering.....	42
6.0	Konklusjon	44
7.0	Referanseliste	45
	Vedlegg	

1.0 Innledning

Haugtun er ett av fem sykehjem i Gjøvik kommune. Sykehjemsavdelingene består av lindrende enhet med 6 plasser, rehabiliteringsenhet med 6 plasser, somatisk korttidsavdeling med 17 plasser og demensavdeling med 29 plasser.

Haugtun ble i 2008 offisielt åpnet som undervisningssykehjem i Oppland. Fra 1. januar 2011 har undervisningssykehjem nasjonalt endret navn til utviklingscenter. Det nye navnet er Haugtun, Utviklingscenter for sykehjem i Oppland (Haugtun USH).

I 2011 ble det etablert Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i alle fylker i Norge, totalt 40 center. Disse er tilskuddsfinansiert av Helsedirektoratet. Den nasjonale satsningen på Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Helsedirektoratets visjon for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er "Utvikling gjennom kunnskap". Visjonen uttrykker et ideal for dagens og fremtidens pleie og omsorgstjenester; et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling. Hovedmål for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er å være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Haugtun har "*Mer enn et sykehjem!*" som slagord. Slagordet symboliserer at Haugtun skal være et ressurscenter for undervisning, forskning, fag- og kompetanseutvikling i Oppland fylke. Kjerneverdiene til Utviklingscenteret er de samme som Gjøvik kommune har for hele sin virksomhet: Kompetanse – Engasjement – Respekt.

Haugtun utviklingscenter skal være modell for andre sykehjem i regionen. Sykehjemsavdelingene ved Haugtun er i dag arena for fagutviklings- og forskningsprosjekter som involverer både ansatte og pasienter. Det legges vekt på at avdelingene skal være en læringsarena for ansatte, studenter, elever og hospitanter.

Fagenheten ved Haugtun USH er pådriver for å initiere, implementere og dokumentere utviklingstiltak. Primært er tiltakene rettet mot sykehjem, men fagenheten har også tiltak

rettet mot hjemmetjenesten og tilrettelagte tjenester. Ett av utviklingssenterets satsningsområder i virksomhetsplanen for 2012- 2015 er rehabilitering.

(Virksomhetsplan for Haugtun utviklingssenter for sykehjem i Oppland)

1.1 Bakgrunn

Prosjektet har bakgrunn i rehabiliteringsfokus i egen kommune og med interesse for å gjøre noe med utfordringer knyttet til oppfølging av rehabiliteringstiltak i hjemmet. I tillegg ligger omfattende utfordringer i omsorgssektoren til grunn, sammen med en nasjonal satsning på hverdagsrehabilitering for å imøtekomme noen av disse utfordringene.

Utfordringer og fokus på rehabilitering i Gjøvik kommune

Ved Haugtun Omsorgssenter er det bemerket at det ved overgang mellom tjenestenivåer ligger utfordringer knyttet til oppfølging av rehabiliteringstiltak. Rehabilitering som er igangsatt inne på institusjon blir ofte ikke fulgt opp som ønsket etter utskrivelse. Det har vært ønske å rette fokus på denne utfordringen gjennom prosjektet.

Helse- og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune har rehabilitering som et av sine satsningsområder. I denne sies at:

”Et kjennetegn på en kvalitativt god helse- og omsorgstjeneste er at tjenesten bygger opp rundt den enkelte innbygger - og gir mulighet for å kunne leve et mest mulig selvstendig og verdig liv. Flest mulig skal ha mulighet for å bo i eget hjem så lenge de ønsker og klarer det”

I planen sies det videre at det skal rettes fokus mot tverrfaglig tilnærming i tjenestetildeling og at en beskriver brukerens egne ressurser og frivillig innsats i enkeltvedtak om tjenester.

Som et tiltak for å imøtekomme føringer i Samhandlingsreformen opprettet Gjøvik kommune i 2012, 3 nye stillinger til et tverrfaglig innsatsteam/ rehabiliteringsteam. Teamet består av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Innsatsteamet er pådriver for rehabiliteringsvirksomhet i Gjøvik kommune. De foretar tverrfaglig rehabilitering i hjemmet for brukere som har hatt en endring i livssituasjon. Tilbudet skal bidra til rask mobilisering og samordning av den kommunale innsatsen i overgangsfaser mellom sykehus/institusjon/hjem for å opprettholde muligheten til å bli boende hjemme. Innsatsteamets tilbud er hjemmerehabilitering, som ligger på et høyere tiltaksnivå enn hverdagsrehabilitering.

Prosjekt ”innføring av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune er tenkt å understøtte Innsatsteamet, med bakgrunn i at det er nødvendig med en bred satsning blant ansatte for å øke kunnskap om rehabilitering. Viktige innsatsområder i dette er endring av holdninger og etablering av en felles ideologi.

Hverdagsrehabilitering og innovasjon i omsorg

Hverdagsrehabilitering er et nasjonalt satsningsområde, og det var ønskelig med en tilknytning til prosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge», som er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS. Deres prosjekt skal stimulere norske kommuner til å etablere hverdagsrehabilitering, slik at innbyggere med nye funksjonsbegrensninger opplever aktiv deltakelse, mestrer hverdagen, lever et mest mulig selvstendig liv og bor hjemme så lenge som mulig. Prosjektet skal bidra til at kommunene etablerer hverdagsrehabilitering med sammenliknbar metodikk, inklusjonskriterier, verktøy og utfallsmål.

Omsorgssektoren står overfor omfattende utfordringer. Disse er omtalt i NOU 2011:11, innovasjon i omsorg:

- Demografiske endringer i alderssammensetning
- Flere med risiko for demens, skrøpelighet og fallskader
- Økning i livsstilssykdommer og kroniske sykdommer
- Flere yngre brukergrupper

- Knapphet på omsorgs-ytere
- Mangelfull samhandling og medisinsk oppfølging
- Mangelfullt fokus på aktivitet og dekking av psykososiale behov

Utfordringene er også omtalt i Helse- og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune.

Utfordringene stiller krav om ny organisering og tankesett. Tidligere kommunal- og regionalminister Liv Signe Navarsete uttrykte på ergoterapeutenes konferanse om hverdagsrehabilitering i 2012 at :

” Skal me løyse store velferdsoppgåver, som god eldreomsorg, må med tenkje nytt om og endre haldning til sjukdom, helse og kva det vil seie å ta ansvar for eige liv”

Kåre Hagen, leder av Hagen-utvalget, som har utarbeidet NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg har sagt at:

”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag”

Om innovasjon i omsorgssektoren sier han at:

”Innovasjon er ikke bare næringsutvikling og teknologi. Begrepet favner langt bredere og kan betraktes som en måte å forholde seg til oppgaver på – også i offentlig sektor!

Innovasjon kan resultere i nye produkter, men like gjerne i helt andre måter å

Løse tjenestebehov på – også i omsorgssektoren!

Innovasjon forutsetter risikovillighet, men også en mer systematisk etterprøving av effekten av de tiltakene som utprøves.”

I tråd med dette innebærer hverdagsrehabilitering nye innovative grep og løsninger som kan bidra til å løse noen av framtidens omsorgsutfordringer. Hverdagsrehabilitering er en annen

måte å tenke omsorg på. Dette ide'grunnlaget har vært en sentral bakgrunn for prosjekt «Innføring av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune»

1.2 Prosjektets hensikt og mål

Hovedmål for prosjektet

Hovedmål med prosjektet er at innbyggere i Gjøvik kommune, med nye funksjonsbegrensninger, opplever aktiv deltakelse, mestrer hverdagen, lever et mest mulig selvstendig liv og bor hjemme så lenge som mulig. Der det er påkrevet med rehabiliteringsopphold i institusjon er det er mål at brukere skal oppleve sammenheng i tilbudet på tvers av nivåer og tjenester.

Prosjektet skal gi økt kunnskap om metodikk og gevinster ved hverdagsrehabilitering. Det skal utvikles informasjons- og opplæringsmateriell, etablere nettverk og styrke innovativ tenking i helse- og omsorgstjenestene i Gjøvik kommune.

Delmål for prosjektet:

- Opplæring og kompetansehevende tiltak for ansatte i hjemmetjeneste og korttidsavdelinger er gjennomført. Dette skal være særlig rettet mot rehabiliteringsideologi, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Det vektlegges en tilnærming med utgangspunkt i salutogenese og empowerment. Kompetansehevingen vil også ha fokus på kartleggingsmetoder, og dokumentasjon av tiltak i brukerens rehabiliteringsplan.
- Utvikle en modell for samhandling og kompetanseoverføring på tvers av forvaltningsnivåer for å trygge brukeren i overgangene.
- Faglige nettverk og samarbeidsarenaer for hverdagsrehabilitering er etablert
- Plan for oppfølging er utarbeidet og implementert i deltakende avdelinger
- Etisk refleksjon over egen praksis i møte med brukere, pårørende og andre samarbeidsparter vektlegges

1.3 Organisering

Prosjekteier: Utviklingssenter for sykehjem i Oppland

Prosjektansvarlig: Målfrid Schiager, leder i fagenheten, Haugtun USH

Prosjektledere:

Elin Angen Michaelsen, fagkonsulent Haugtun USH, 01.12.12 - 31.08.13

Lene Fossbråten, fagkonsulent, Haugtun USH, 01.09.13 - 31.12.13

Styringsgruppe:

Styringsgruppa har vært satt sammen av leder for USH, avdelingsledere for de involverte avdelingene, samt seksjonsledere for helse, for sykehjem og for hjemmetjenesten.

Prosjektgruppe:

Prosjektgruppa har vært satt sammen av hjelpepleiere, sykepleiere og fysioterapeut fra de involverte avdelingene. I tillegg ergoterapeut fra Innsatsteam for hjemmerehabilitering og spesialsykepleier fra Ambulerende Rehabiliteringsteam, SIHF. Sistnevnte gikk ut av prosjektet underveis, grunnet ny jobb. Bruker/pårørenderepresentant var med i første del av prosjektet.

Arbeidsgrupper/ressursgrupper:

Det ble opprettet arbeidsgrupper, videre kalt ressursgrupper med fire representanter fra hvert arbeidssted. Disse skulle involveres i kompetanseheving i forhold til hverdagsrehabilitering og være pådrivere for prosjektet ved sitt arbeidssted. Fra hver av disse gruppene, deltok 1-2 personer som prosjektgruppedeltakere. Disse hadde en mer sentral rolle gjennom prosjektperioden.

1.4 Forankring

1.4.1 Forankring på kommunalt ledernivå

Prosjektet ble forankret i kommunens ledelse via informasjon til Helse- og Omsorgssjef i Gjøvik kommune, samt rådmannens ledergruppe. Videre ble prosjektplan lagt fram i Hovedutvalg for Helse- og omsorg for politisk forankring.

1.4.2 Forankring i styringsdokumenter

Helse og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune

Helse- og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune skisserer hvordan kommunen ønsker å utvikle helse- og omsorgstjenester fremover for å kunne være bedre rustet til å møte fremtidens helseutfordringer. Planen ble vedtatt politisk i 2009. Ett av satsningsområdene og prinsippene vedtatt i planen, er at kommunen ønsker å legge til rette for at innbyggerne skal kunne få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig. Rehabiliteringsfokus står sentralt i dette. Det skal rettes fokus mot tverrfaglig tilnærming i tjenestetildeling, og brukerens egne ressurser og frivillig innsats skal beskrives i enkeltvedtak om tjenester.

Helse og omsorg skal være pådriver for at innbyggerne tar ansvar for egen helse gjennom fysisk aktivitet, sosialt fellesskap og tilrettelegging av egen livssituasjon. Det legges vekt på at et aktivt liv bidrar til bedre fysisk og psykisk helse, og at aktivitet derfor vil være en viktig del av det forebyggende arbeidet i årene fremover.

Rehabiliteringsplan 2011-2014 – Plan for habilitering og rehabilitering,

Gjøvik kommune

Rehabiliteringsplan 2011-2014 –plan for habilitering og rehabilitering tar utgangspunkt i sentrale og kommunale føringer som regulerer habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Planen tar for seg status og utfordringer for habilitering og rehabilitering innen helse og omsorg. Det er særlig innen seksjon hjemmetjenester at innsatsen innen rehabilitering er mangelfull.

Utfordringene viser at det er et stort potensiale for bedre samhandling både internt og ut mot andre instanser. Prosjektet er rettet mot disse utfordringene. (ReHabiliteringsplan 2011-2014, Gjøvik kommune)

St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling –på rett sted – til rett tid.

I Samhandlingsreformen omtales samhandling og rehabilitering som to sider av samme sak. En stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. Det påpekes at eventuelle pleietiltak bør være en integrert del av opptreningen. Opptrening og trening på å kunne utføre daglige gjøremål anses som det viktigste tiltak for å kunne bo i eget hjem lengst mulig. Tverrfaglig kompetanse må til for å kunne gi et rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskrift for habilitering og rehabilitering. Tett oppfølging og intensiv trening har for mange betydning for at treningen skal ha optimal effekt. Derfor må det settes inn ressurser på et tidlig tidspunkt, for å unngå at pasienten blir innlagt eller reinlagt i sykehus. (Storingsmelding nr. 47, s. 62).

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Etablering av hverdagsrehabilitering er i tråd med Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Formålet med forskriften omtales slik:

«sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivå»

(Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2012)

Fleksible tjenester for et aktivt liv

I helsedirektoratets fagrapport "Fleksible tjenester for et aktivt liv" beskrives behovet for at kommuner går fra å yte kompenserende tjenester til å rette fokus mot utviklende tjenester. Selv om kommunenes tjenester stadig øker i omfang, så mener representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner at personer med nedsatt funksjonsevne fortsatt opplever problemer med å gjennomføre utdanning, være i arbeid eller delta i sosiale aktiviteter fordi kommunen ikke alltid gir rett tjeneste til rett tid. Kommunene har tradisjon for å utmåle og gi praktisk bistand hovedsaklig i form av kompenserende tjenester. En sterkere vektlegging på utviklende tiltak vil i mange tilfeller innebære en utvidelse av tjenesteomfanget, fordi det vil omfatte bistand som i liten grad dekkes av det kommunene i dag regner som sitt basistilbud.

(IS-1875, Fleksible tjenester for et aktivt liv, 2011)

Nevroplan 2015

I Nevroplan 2015 beskrives behov for bredere tverrfaglig kompetanse og nye arbeidsformer. Nye brukergrupper har bidratt til omfattende omstillingsprosesser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og spesielt i tjenestene utenfor institusjon. Det er noe av hovedgrunnen til at Helsetilsynet i en rapport beskriver pleie- og omsorgstjenester som er "på strekk":

"Utvidet ansvarsområde har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere"

(Helsetilsynet, 2005: pleie og omsorgstjenester på strekk).

Utfordringen er å tilpasse tjenestene slik at brukerne opplever at de er samordnet, helhetlige, fleksible og gir rett hjelp til rett tid. Det kan være nødvendig å styrke kommunikasjonen og samhandlingen mellom hjemmesykepleie, fastlege og behandlende spesialist, og utvikle gode modeller for økt tverrfaglig samarbeid (Nevroplan 2015, s. 10)

1.5 Økonomi

Til prosjektet ble det søkt midler gjennom Helsedirektoratet og Norsk Ergoterapeutforbund. Tildelte midler var en del lavere enn det som ble søkt. Prosjektets omfang måtte derfor begrenses i forhold til dette. Oversikten nedenfor viser prosjektets økonomi:

Økonomi			
Utgifter		Inntekter	
Lønnsutgifter	188 262,-	Tilskudd fra Norsk Ergoterapeutforbund	40 000,-
Lønnsutgifter prosjektleder	75 500,-	Tilskudd fra helsedirektoratet	300 000,-
Møtemat	1 118,-		
Kurs	35 415,-		
Reise/diett	25 205,-		
Konsulenttjenester	40 000,-		
Avsatt til kurs	50 000,-		
Sum utgifter	415 500,-		
Sum inntekter			340 000,-
Egenfinansiering			75 500,-
SUM	415 500,-		415 500,-

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet redegjøres for teori som er relevant for å danne en forståelse for betydningen av hverdagsrehabilitering som metode.

2.1 Sentrale begrep

Mestring

Mestring kan defineres som opplevelsen av å ha kontroll over eget liv og ha krefter til å møte utfordringer.

Vifladt og Hopen beskriver mestring slik:

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre»

(Vifladt og Hopen, 2004, s.61).

Salutogenese

Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom. Salutogenese har fokus på hva som fremmer helse, og hva som gir økt mestring og velvære. Sosiologen Aron Antonovsky beskriver salutogenese som helsefremmende faktorer og aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse. Med bakgrunn i egen forskning begrunner Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Han ser helse som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom i det ene ytterpunktet, og fullstendig sunnhet som det andre ytterpunktet. Helse er i dette avhengig av egne holdninger og kapasitet til å takle ulike utfordringer. Antonovsky kaller dette for "sence of coherence". Det er avgjørende at en både har mulighet til å oppnå forståelse for egen situasjon og å finne mening i å utføre helsefremmende tiltak. Forutsigbarhet og opplevelse av sammenheng er sentralt i dette.

Antonovskys har definert salutogenese slik:

"(...) en global innstilling til tingene, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre miljø er forudsigelige, og at der er en stor sandsynlighed for, at alting vil gå så godt, som man med rimelighed kan forvente" (Antonovsky, 2000, s.13).

For å kunne nå målet om sammenheng trekker Antonovski frem at begrepet "opplevelse av sammenheng" må sees i forhold til følgende tre komponenter:

1. Forståelse: At det som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig

2. Håndterbarhet: At man har en opplevelse av å ha tilstrekkelig ressurser for å kunne møte ulike situasjoner i livet

3. Meningsfullhet: At man har en opplevelse av delaktighet i det som skjer. Meningsfullhet er mest sentral og en forutsetning for forståelse og håndterbarhet.

(Antonovsky, 2000)

Empowerment

Empowerment er sterkt knyttet til det salutogenestiske helsebegrepet. Empowerment innebærer « å ta styring eller makt over». Empowerment-tenkningen tar utgangspunkt i aktiv deltakelse ved å velge å ta ansvar og derigjennom ta makten over sitt eget liv. Dette kan føre til mobilisering av egenstyrke som gir individet mulighet for egenkontroll og økt selvillit. På denne måten utløses ressurser i form av ferdigheter i å ta individuelle avgjørelser i eget liv og muligheter for deltakelse i samfunnslivet.

For å styrke brukernes makt mener empowerment-tradisjonen at man må tilrettelegge forhold som bidrar til å øke den enkeltes eller gruppens ansvar, kontroll og uavhengighet. Dette

innebærer at man utvikler en gruppebevissthet, at man reduserer tendensen til å klandre seg selv for sine vansker, og at en tar et personlig ansvar for endring. Det fremheves også at positive prosesser og brukernes ressurser må vies større oppmerksomhet enn det som gjøres i dag. Hvis brukerne får økt innflytelse og kontroll over egen situasjon kan dette i seg selv virke terapeutisk og helsefremmende

(Brodtkorb m. fl, 2004)

Brukermedvirkning

Retten til ” å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester” er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1. Brukermedvirkning innebærer brukerens rett til å medvirke i bestemmelser som gjelder en selv.

Det er en forutsetning at brukeren gis tilstrekkelig informasjon slik at han/hun kan sette opp og nå egne mål ut fra innsikt i egen situasjon. Rett til informasjon er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Videre må brukerens kompetanse, erfaringer og synspunkter om egen situasjon verdsettes og brukes aktivt i utforming og gjennomføring av helsetilbudet. Dette anses som en forutsetning for å bevare og styrke brukerens ressurser og mestringsevne for å kunne beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv. (Helsedirektoratet, 2011)

2.2. Hverdagsrehabilitering i et helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv

Hverdagsrehabilitering er et tidsbegrenset og tverrfaglig tilbud som skal bidra til at flere kan leve et mest mulig selvstendig liv og bo hjemme så lenge som mulig. Som en motvekt til den kompensierende sykepleien, med hovedfokus på sykdom, funksjonstap, behandling og pleietiltak, rettes fokus ved hverdagsrehabilitering på å gjenoppnå, bevare, og fremme helse og mestringsevne gjennom støttende og veiledende tiltak. Den enkeltes rehabiliteringspotensiale vurderes og vektlegges før evt. kompensierende bistand iverksettes.

Det presiseres samtidig at hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinær rehabilitering med ergoterapeuter og fysioterapeuter. Hverdagsrehabilitering er mer generelle rehabiliteringstiltak som i utgangspunktet alle i omsorgstjenesten kan bistå med.

Hverdagsrehabilitering innebærer raskt igangsatte tiltak, med intensiv hjelp i en tidsbegrenset periode. Tiltak utføres i eller i tilknytning til eget hjem, og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker, muligheter og personlige mål. Fokus er hva brukeren opplever som viktig i sitt liv, og hva som er vesentlig for å kunne oppnå mestring i eget liv. Motivasjon og å hjelpe brukeren til å se reelle muligheter er av stor betydning i forkant av oppstart med hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering innebærer oppsøkende virksomhet og tidlig oppsporing av potensielle utfordringer, slik at en har mulighet til å iverksette tiltak før sykdom og funksjonstap gjør selvstendighet vanskelig eller umulig. Erfaringer har vist at tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensiale hos bruker med tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevne og reduserer behov for hjelp fra det offentlige.

(www.ergoterapeutene.org)

”Lengst mulig i eget liv”, Fredericia kommune

Fredericia kommune betegnes som Danmarks mest innovative kommune på velferdsområde, og har vært et forbilde ved oppstart av vårt prosjekt. Gjennom prosjektet ”Lengst mulig i eget liv” har Fredericia kommune vendt formålet med møtet mellom borger og kommune, slik at det i dag er fokus på forebygging og rehabilitering framfor klassisk pleie (NOU 2011:11)

Hverdagsrehabilitering etter Fredericiamodellen handler om hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner kan opprettholdes og styrkes slik at aldersbetinget funksjonsfall utsettes. Bakgrunnen for at man startet å tenke nytt om eldreomsorgen i Fredericia kommune, var at kommunene i 2020 vil få 2000 flere eldre over 65 år og en markant økning av antall eldre over 85 år, noe som ville innebære en merutgift på 46 millioner kroner i året. Prosjektet startet som et pilotprosjekt i 2008 og har gitt svært gode resultater både for brukerne og for

kommuneøkonomien. Prosjektet i Fredericia var avgrenset til nye tjenestemottakere knyttet til nye brukere av hjemmetjenesten.

Av de som deltok i prosjektet er 45 prosent i dag helt selvhjulpne. 45 prosent har fått redusert sitt behov for hjelp ganske betydelig. Tilfredsheten med pilotprosjektet er meget høy. Ekstern kostnadsanalyse på endringer i tidsforbruk på pleie og praktisk hjelp før og etter prosjektet viste at prosjektet på helårsbasis hadde oppnådd mindre forbruk på 15 prosent eller 13 millioner kroner på pleie og omsorg i perioden 2007-2010 (Ibsen og Kjellberg 2010). Før mottok 33 prosent av 75-85 åringene ytelser, dette falt til 30 prosent. For innbyggere over 85 år er andelen falt fra 58-54 prosent. Antall timer til pleie er redusert med 23 prosent.

Fredericia kommune startet etter en tid lignende tiltak også for personer som over tid hadde vært mottakere av hjemmetjenester. Prosjektet er ikke ferdig evaluert. Eksempel fra en del av kommunen viser så langt at 139 innbyggere ble vurdert og at 37 prosent av disse hadde rehabiliteringspotensial. 35 personer har gjennomført rehabiliteringsløp. 11 personer ble selvhjulpne og 20 personer har bruk for vesentlig mindre hjelp.

(www.ergoterapeutene.org)

3.0 Planlegging og gjennomføring av prosjektet

3.1 Planleggings og kartleggingsfase

Prosjektets planleggings og kartleggingsfase hadde følgende tiltakspunkter:

- Prosjektleder ansettes
- Samarbeidspartnere klareres og inviteres inn i prosjektet. Samarbeidsavtaler for gjennomføring av prosjektet signeres ved behov
- Styringsgruppe og prosjektgruppe konstitueres
- Prosjektet skal vektlegge kunnskapsbasert praksis. Det kartlegges/innhentes kunnskap og erfaringer fra aktuelt arbeid innenfor rehabiliteringsvirksomhet og gjennomføring av kompetansehevingsprogrammer.

Prosjektet hadde oppstart i desember 2012, to måneder senere enn planlagt. Dette på grunn av forandringer ved personalsammensetningen ved Utviklingscenteret og endring i organisering og rammer for prosjektet som følge av at tildelte midler til prosjektet ble noe mindre enn det som ble søkt om. Det var i utgangspunktet ønskelig å involvere alle hjemmetjenesteavdelingene i Gjøvik kommune, men dette måtte begrenses til å omfatte to av seks hjemmetjenesteavdelinger, i tillegg til somatisk kortidsavdeling og rehabiliteringsavdeling. Selv om hverdagsrehabilitering foregår i brukerens hjem, var det relevant også å inkludere de to sistnevnte avdelingene, nettopp fordi det i overgang mellom tjenestenivå er utfordringer i forhold til videreføring av igangsatte rehabiliteringstiltak.

Prosjektet har etter oppstart fulgt oppsatt fremdriftsplan. Prosjektleder, styringsgruppe, prosjektgruppe og samarbeidspartnere ble avklart. Senter for omsorgsforskning Øst inngikk som samarbeidspartner i forhold til evaluering av prosjektet.

Prosjektet skulle vektlegge kunnskapsbasert praksis. Kartlegging og innhenting av kunnskap og erfaringer fra rehabiliteringsvirksomhet generelt og om hverdagsrehabilitering ble utført. I tillegg ble kompetanseheving i ressursgruppa/arbeidsgruppa planlagt.

3.2 Gjennomføringsfase

Prosjektets gjennomføringsfase hadde følgende tiltakspunkter:

- Etablere arbeidsgrupper som deltar i opplæring i hverdagsrehabilitering
- Arrangere fagdager for ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelinger i sykehjem
- Etablere læringsnettverk
- Utarbeide opplæringsmateriell til bruk i arbeidsgrupper
- Utarbeide forslag til organisering i tverrfaglige team i hjemmetjenesten

3.2.1 Etablering av arbeidsgrupper som deltar i opplæring av hverdagsrehabilitering

Arbeidsgrupper på fire personer ble opprettet ved rehabiliteringsavdeling, ved somatisk korttidsavdeling og ved to hjemmetjenesteavdelinger i kommunen. Av de fire i arbeidsgruppa var 1-2 deltakere i prosjektgruppa. Arbeidsgruppene, videre kalt ressursgruppene, skulle fungere som ressurspersoner for hverdagsrehabilitering ved sitt arbeidssted.

Ressursgruppene hadde ved hvert sted ulik sammensetning mht yrkesgrupper, men var til sammen tverrfaglig bestående av hjelpepleiere, sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut.

3.2.2 Opplæring, kompetanseheving og etablering av læringsnettverk

Selv om elementene i hverdagsrehabilitering innehar grunnleggende verdier i omsorg og egenomsorg, innehar tjenestetilbudet i Gjøvik kommune i stor grad kompenserende tiltak. Hverdagsrehabilitering innebærer en annen måte å tenke omsorg på enn det pleiepersonell flest er vant til å kunne gjøre i sin arbeidshverdag. Det er derfor et stort behov for opplæring og kompetanseheving om hverdagsrehabilitering, og at denne måten å arbeide på anerkjennes og legges til rette for. I prosjektperioden har det vært fokus på opplæring i prosjektgruppa og for ressursgruppene som helhet.

Kurs om Vossamodellen –Hverdagsrehabilitering på Voss

Fem deltagere i prosjektgruppa deltok 1. og 2. november 2012 på kurset "Vossamodellen, Hverdagsrehabilitering på Voss". Kurset gav en presentasjon av hverdagsrehabilitering

generelt, om hvorfor de satser på hverdagsrehabilitering i Voss, og hvordan de gjennomfører hverdagsrehabilitering, gjennom "Vossamodellen".

Nasjonal Statuskonferanse om Hverdagsrehabilitering. –erfaringer og utfordringer

Prosjektleder deltok 11.-12. februar, 2013 på "Nasjonal Statuskonferanse om Hverdagsrehabilitering, -erfaringer og utfordringer". Konferansen gav innsikt og ulike perspektiv på hverdagsrehabilitering. Det ble i dette også presentert erfaringer fra noen prosjektgrupper om oppstartsfasen og tidlig gjennomføringsfase.

Gjennomføring av fagdag

21.02.13 ble det i prosjektet gjennomført en fagdag for ressursgruppene. Formålet med kurset var å formidle kunnskap om hva hverdagsrehabilitering er og hva hverdagsrehabilitering kan bety for brukere og for ansattes arbeidshverdag. Videre ble det arbeidet i grupper med ulike case, der fokus var mål og tiltaksplan og dokumentering. Under gruppearbeidet kom det fram mange gode refleksjoner og ideer rundt hvordan man kan ha mer fokus på hverdagsrehabilitering i de ulike avdelingene. Det ble trukket fram erfaringer fra egen avdeling, og hva det er viktig å rette fokus på videre med perspektiv på hverdagsrehabilitering.

Konferanse Innovasjon i eldreomsorg –Fredericia-modellen "Lengst mulig i eget liv"

13. mai, 2013 deltok prosjektleder og to ledere i hjemmetjenesten på konferanse om innovasjon i eldreomsorg, der Fredericia-modellen "Lengst mulig i eget liv" ble presentert.

Vi fikk her presentert et godt erfaringsgrunnlag for videre planlegging med gode ideer for hvordan vi kan utarbeide og tilpasse «vår» modell.

Erfaringskonferansen "Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering"

Prosjektleder og to deltakere i prosjektgruppa deltok på erfaringskonferansen "Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering" i Trondheim 7.-8. november 2013. Her var 180 deltakere, representert fra 44 kommuner i Norge. Erfaringskonferansen inneholdt mange interessante foredrag om hverdagsrehabilitering. I tillegg var det avsatt tid til erfaringsutvekslinger i grupper, der det var representanter fra kommuner som hadde etablert hverdagsrehabilitering, kommuner som var i gang med prosjekt og kommuner som vurderte å sette i gang dette som prosjekt. Erfaringsutveksling var svært nyttig og viste samtidig at det er mange måter å organisere hverdagsrehabilitering på.

Våre erfaringer fra konferansen var med på å danne grunnlag for utarbeiding av forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune. Modellen presenteres senere i dette kapitlet.

Hospitering

Det var for prosjektgruppa gitt mulighet til å hospitere hos hverandre på de ulike arbeidsstedene. Det ble også tidlig i prosjektet gitt mulighet til å hospitere på rehabiliteringsavdeling og ved innsatsteamet, for å lære mer om hvordan målsamtaler kan gjennomføres. To deltagere fra hjemmetjenesten har hospitert hos innsatsteamet, og en fra hjemmetjenesten har hospitert på rehabiliteringsavdeling på Solås. Det ble opparbeidet erfaring med bruk av målsamtaleskjema.

3.2.3 Utarbeiding av verktøy for gjennomføring av målsamtale

Før, under og etter fagdagen i februar 2013 ble det arbeidet med tema Målsamtale. Det ble satt søkelys på om målsamtaler utføres, hvordan de utføres, hvem som utfører og dokumenterer målsamtaler og hvilke erfaringer personalet har med dette området. I etterkant av fagdagen kom det mange innspill til målsamtale. Det ble altså foretatt en grundig kartlegging av hvordan samtaler som ligger til grunn for mål- og tiltaksplaner gjennomføres i dag. Det viste seg at det kan være tilfeldig og individuelt hva som blir tatt opp i første samtale med brukeren. Ikke alle har en fast struktur på innholdet i samtalen. Rapporten kan også bli

noe tilfeldig fordi ikke alle rapporterer skriftlig. Her viste det seg også å ligge store utfordringer forbundet med bruken av dokumentasjonsverktøyet Gerica. Rutinene i avdelingene og ferdigheter i bruk av Gerica var svært varierende.

Ressursgruppene utarbeidet forslag til ny prosedyre for gjennomføring av målsamtale, og disse forslagene har ledet fram til en felles prosedyre/mal for gjennomføring av strukturert målsamtale.

Målsamtaleskjemaet er bygd opp etter ICF-modellen, som er en internasjonal klassifisering og modell for sammenheng mellom funksjon, funksjonshemming og helse. Oppbygging av ICF-modellen står i nært samsvar med rehabiliteringsbegrepet slik det defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Aktivitet og deltakelse står sentralt i denne modellen, noe som gjør den spesielt relevant for rehabilitering som prosess.

Et tilsvarende skjema for målsamtale benyttes av fysioterapeut og ergoterapeut i innsatsteam og på rehabiliteringsavdeling. Det anses som hensiktsmessig å benytte noenlunde like skjema innad i Gjøvik kommune for å lette overganger mellom de ulike enhetene. Til målsamtaleskjemaet er det utviklet en spørreguide som fungerer som et hjelpemiddel i utføring av målsamtalen og til utfylling av målsamtaleskjemaet. Det er i tillegg utarbeidet en sjekkliste med punkter over områder som kan være aktuelle for målsamtalen. Målsamtaleskjema, spørreguide til målsamtaleskjema, sjekkliste og ICF-modellen er vedlagt.

Utprøving av målsamtale med tiltak og evaluering

Verktøy for målsamtale ble utprøvd uke 16-20, 2013, sammen med tiltakspakke for hverdagsrehabilitering og evaluering i etterkant. Det skulle gjennomføres minst en dokumentert målsamtale per ressursgruppedeltakere på hvert arbeidssted som deltok i prosjektet, dvs. minst fire dokumentert målsamtaler ved hver avdeling. Målsamtale skulle gjennomføres med nye brukere som man var primærkontakt for. Prosjektgruppedeltakerne skulle gjennomføre målsamtale først og ta ansvar for å videreføre sine erfaringer til de andre

i ressursgruppa. Evt. kunne en også ta med en av disse på en målsamtale. Det skulle i målplanen dokumenteres hvem som var til stede under målsamtalen. Pårørende kunne inviteres med på målsamtalen dersom det ble sett på som en fordel. Dokumentasjon av målsamtale kunne gjøres for hånd rett inn i målsamtaleskjemaet. Ett eksemplar kunne eventuelt gis til brukeren. I tillegg skulle målsamtaleskjemaet via word-dokument legges inn under rapport i Gerica, under en ny fane, kalt "Målsamtale".

Det var satt opp en tidsplan for gjennomføring i den enkelte avdeling. I hjemmetjenesten skulle inkomstsamtale gjennomføres innen tre dager. Målsamtale skulle gjennomføres en uke etter inkomstsamtalen. Det var viktig å sette opp tidsestimat. Evaluering av iverksatte tiltak skulle foretas to til fire uker etter målsamtalen. I somatisk kortidsavdeling skulle inkomstsamtale gjennomføres innen ett døgn. Målsamtale skulle gjennomføres innen tre dager. Evaluering skulle foretas ukentlig på mål- og tiltaksmøter.

Hensikten med utprøvingen var å finne ut av hvordan verktøyet for målsamtale fungerte og trene på og få erfaring med å snakke om brukerens egne mål. I tillegg var hensikten å prøve ut dokumentering for hverdagsrehabilitering, trene på å gjennomføre tiltak for å nå brukerens egne mål og evaluering i etterkant.

Det ble i utprøvingen gjennomført færre målsamtaler enn planlagt. Likevel ble det gjort nyttige erfaringer. De som fikk prøvd verktøyet for målsamtale kunne bekrefte dette som et nyttig og godt verktøy. Samtidig ble det presisert at det er viktig å få satt av tilstrekkelig tid for gjennomføring. Det bør gjennomføres målsamtale i etterkant av inkomstsamtale. Det er viktig i en målsamtale å kunne bygge videre på det som først kommer fram. Bruk av målsamtale medfører at de ansatte blir mer kjent med brukeren, og at brukeren opplever å bli mer sett, ansvarliggjort, oppmuntret og respektert.

3.2.4 Utprøving av hverdagsrehabilitering

Modell for utprøving av hverdagsrehabilitering

I etterkant av første utprøving av verktøy for målsamtale med tiltak og evaluering, ble det utviklet en modell for utprøving av hverdagsrehabilitering. Modellen skulle prøves ut ved somatisk kortidsavdeling og de to hjemmetjenesteavdelingene som deltok i prosjektet.

Ressursgruppene hadde ansvar for å gjøre en vurdering av rehabiliteringspotensialet hos utvalgte nye og/eller gamle brukere som har hatt et funksjonsfall og med en endring i tildelt tjeneste fra kommunen, og ut fra dette finne fram til to brukere ved hver avdeling for målsamtale og tildeling av rehabiliteringspakke. Hver avdeling ble tildelt økonomiske ressurser fra prosjektet for å kunne bruke ekstra tid til målsamtale og gjennomføring av rehabiliteringspakke. Det var i forkant av utprøvingen avklart med tjenesteenheten at det ikke behøvdes vedtak gjennom dem for brukere som tok del i utprøvingen.

Målsamtale:

Det ble lagt opp til at primærkontakt fra ressursgruppa med enten fysioterapeut eller ergoterapeut skulle gjennomføre målsamtalen, og at pårørende kunne delta dersom det var hensiktsmessig for brukeren. Det ble presisert at det ikke var en fordel å ha for mange med på målsamtalen, da det lett kan oppleves skremmende eller overveldende for brukeren. Samtidig ansås det som en fordel at en fra ressursgruppa som ikke var så trygg på gjennomføring av målsamtale enda, kunne delta som observatør for å lære.

Målsamtale skulle gjennomføres med prosjektets verktøy for målsamtale. Det skulle avsettes tilstrekkelig tid, om lag en time for målsamtalene. Hverdagsrehabilitering skulle prioriteres på arbeidslista til ansatte i ressursgruppene. Det skulle i målsamtalen settes opp utviklende og/eller ivaretaende mål med fokus på brukerens ønsker.

Rekvirering av rehabiliteringspakke

Rehabiliteringspakken skulle rekvireres av den primærkontakt fra ressursgruppa som gjennomførte målsamtalen. Rehabiliteringspakken skulle inneholde brukerens mål med konkret beskrivelse av hvordan målene skulle nås. Videre skulle det føres opp tidsestimat for ekstra tid per dag til hverdagsrehabilitering. Det ble presisert at dette måtte være individuelt og variere etter brukerens mål og behov. Det ble gitt eksempel fra Fredericia kommune i Danmark, der en rehabiliteringspakke kan være 90 minutter til hverdagsoppgaver og personlig pleie, og at antall besøk per dag avhenger av målene i brukerens plan. Ut fra dette ble det anslått et tidsforbruk på om lag en time, men at det måtte vurderes individuelt.

Ressursgruppene hadde hovedansvar for gjennomføringen, men alle i avdelingen skulle følge opp oppsatte tiltak i rehabiliteringspakke, med veiledning og oppfølging av ressursgruppa ved hver avdeling.

Rehabiliteringstiltakene skulle evalueres fortrinnsvis hver 14. dag, men vurderes individuelt.

Utprøving av hverdagsrehabilitering

Det ble avholdt en syv ukers prøveperiode for hverdagsrehabilitering, fra uke 38-44, 2013. I forkant av utprøvsperioden reiste prosjektleder ut til de involverte avdelingene og orienterte om prosjektet og utprøvsperioden.

Det var tenkt at det skulle velges ut to brukere ved tre av de fire avdelingene og hjemmetjenestesonene som deltok i utprøvsperioden. Rehabiliteringsavdelingen deltok ikke, med begrunnelse i at de allerede er godt kjent med og jobber etter prinsippene for hverdagsrehabilitering.

I utprøvsperioden ble det raskt møtt på utfordringer. Det ble uttrykt at det var vanskelig å finne noen som kunne egne seg for hverdagsrehabilitering. Fysioterapeut og ergoterapeut

knyttet til prosjektet stilte som veiledere for å finne aktuelle brukere. Det viste seg at årsak til at det hadde vært vanskelig å finne noen, var usikker forståelse av hva hverdagsrehabilitering er. Det var lett å se etter behov for rehabiliteringstiltak på høyere nivå, og vanskelig se mulighetene for å gjøre noe med de enkle tiltakene i hverdagen. Imidlertid var dette mer forståelig når først brukerne var valgt ut. Utprøvningsperioden var kort, og det tok en del tid å finne aktuelle brukere. I tillegg var det i utprøvningsperioden noe frafall i prosjektgruppa og i ressursgruppa som helhet. Det tok derfor litt tid før en kom i gang med rehabiliteringstiltak. En hjemmetjenesteavdeling fikk tildelt en ekstra uke for å kunne gjennomføre utprøvingen. Det ble valgt ut totalt fem brukere fra de ulike avdelingene, og disse fikk tildelt rehabiliteringspakke med tiltak for hverdagsrehabilitering.

Det var noe utfordrende å få med de øvrige ansatte i avdelingene, dette til tross for at det i forkant av utprøvingen var gitt orientering om at alle i avdelingen skulle delta. Det ble slik at prosjektgruppemedlemmene i stor grad dro utprøvingen alene. Imidlertid steg engasjementet hos de som erfarte hvor rask effekt tiltakene for hverdagsrehabilitering hadde, og som så hvor stor betydning dette hadde for brukeren. Det ble også vist interesse for å tenke hverdagsrehabilitering i forhold til andre brukere enn de som ble valgt ut i utprøvingen.

I det følgende trekkes fram tre eksempler fra utprøvingen:

Bruker 1:

Deprimert og tiltaksløs kvinne som på grunn av dette hadde ligget til sengs over lengre tid. Bruker fikk tildelt ekstra tid til enkle treningsøvelser i stua og til å komme seg en liten tur ut og rusle litt rundt huset. Totalt ble det brukt inntil 45 minutter ekstra per dag. Allerede etter to dager viste brukeren initiativ og glede. De ansatte kunne fortelle at hun hadde stått opp og kledd på seg selv da hjemmetjenesten kom, og at hun hadde smilt for første gang på ganske lang tid. I etterkant av tiltakene i utprøvningsperioden har brukeren nå mindre hjelp enn tidligere og kjøres til aktivitet som hun har begynt å delta på.

Bruker 2:

Deprimert og tiltaksløs mann som blant annet har fått hjelp til å tilberede og varme opp mat. Det ble brukt mye tid til å motivere brukeren, men i løpet av utprøvningsperioden mestret han å smøre maten sin og varme opp middagen sin selv. Dette vedvarte også etter utprøvningsperioden. Han deltok i utprøvingen også på trim, men har ikke ønsket å fortsette

med dette etterpå. Denne brukeren var ikke sikker på hvor stor betydning tiltakene hadde hatt for han, men de ansatte har i ettertid merket seg at han virker lettere til sinns.

Bruker 3:

Bruker som har vært selvhjulpen, men som etter operasjon var usikker og ustø ved gange, hadde behov for noe hjelp ved personlig hygiene og ved inn- og utstiging av seng. Det ble satt inn ekstra tid til gå-trening, og til veiledning og trening i forhold til inn- og utstiging av seng og til personlig hygiene og påkledning. Etter to dager var brukeren ganske selvhjulpen og behøvde kun tilsyn. I etterkant av utprøvningsperioden har brukeren behov for hjelp til dusj, men er ellers selvhjulpen.

3.2.5 Forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune

Med bakgrunn i erfaringer fra prosjektperioden og innspill på erfaringskonferansen i Trondheim er det utarbeidet forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune. Den blir i det følgende presentert:

Organisering:

- Tverrfaglig overordnet innsatsteam for hverdagsrehabilitering
- Ressurspersoner ved hver avdeling i hjemmetjenesten
- Alle ansatte i hjemmetjenesten

For Gjøvik kommune anbefales en modell der hele hjemmetjenesten involveres, sammen med et tverrfaglig overordnet innsatsteam for hverdagsrehabilitering. Det anses som grunnleggende for å kunne lykkes med hverdagsrehabilitering at alle i tjenesten opplever et eierskap og tar del i denne måten å arbeide på. Det må være tilstrekkelig bemanning, spesielt i et tverrfaglig team.

Det foreslås ett av to alternative organiseringer av det tverrfaglige overordnede innsatsteamet. Gjøvik kommune har i dag et innsatsteam for hjemmerehabilitering. Ved et alternativ 1, foreslås to innsatsteam for rehabilitering: Ett for hjemmerehabilitering og ett for hverdagsrehabilitering.

Ved alternativ 2 foreslås et samlet innsatsteam som har ansvar for både hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. Ved dette alternativet er det viktig med en erkjennelse av at hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering ligger på ulike nivåer, og er dermed to forskjellige tjenester. Det må derfor ikke fjernes eller overføres ressurser fra den ene eller andre av disse to tjenestene. I stedet må et samlet innsatsteam utvides med fagpersoner. En eventuell todeling av hovedansvar kan være aktuelt i et samlet innsatsteam. I alle tilfeller er det viktig å ha tilstrekkelig bemanning slik at begge typer rehabilitering kan ivaretas.

Det tverrfaglige innsatsteamet bør være satt sammen av fagpersoner representert ved de ulike yrkesgruppene som er relevante for hverdagsrehabilitering. Minimum bør det være fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, men det er også ønskelig med hjelpepleier/helsefagarbeider. Det må stilles krav til fagkompetanse ved tilsetting i det tverrfaglige innsatsteamet, og disse bør vise til spesiell interesse/engasjement for hverdagsrehabilitering.

Det tverrfaglige innsatsteamet tenkes å ha ansvar for kartlegging av bruker etter henvisning, søknad eller oppsøkende virksomhet, og at tjenesteenheten kan fatte vedtak med bakgrunn i det tverrfaglige teamets vurdering. Erfaringer fra prosjektperioden har vist at en bør ha kompetanse for å gjennomføre målsamtale. Det anbefales derfor at gjennomføring av målsamtale utføres av det tverrfaglige innsatsteamet, som deretter anbefaler tiltakspakke. Målsamtale gjennomføres ved hjelp av utarbeidet verktøy for målsamtale fra prosjektet. Det tverrfaglige innsatsteamet anbefales å inngå som en del av hjemmetjenesten, og deltar ute hos bruker og sammen med de ansatte i hjemmetjenesten som veileder. Ideelt sett bør innsatsteamet være lokalisert i fysisk nærhet til hjemmetjenesten, men dette kan være en utfordring når Gjøvik kommune har flere hjemmetjenesteavdelinger fordelt i ulike soner.

Ved hver hjemmetjenesteavdeling bør det være ressurspersoner for hverdagsrehabilitering. Dette kan være utvalgte sykepleiere, hjelpepleiere eller helsefagarbeidere med ekstra

engasjement for hverdagsrehabilitering. En del har gjennomført videreutdanning i rehabilitering, og kan være gode kandidater til å være ressurspersoner ved sitt arbeidssted. Ressurspersonene tenkes å spre informasjon og veilede de andre i avdelingen, slik at alle innlemmes i utføring av tiltak for brukere som har fått tildelt hverdagsrehabilitering. Ressurspersonene vil også være i nær samhandling med det tverrfaglige innsatsteamet. For kontinuitet for brukere som har fått tildelt hverdagsrehabilitering, bør turnus organiseres slik at det i størst mulig grad er en ressursperson på jobb.

Alle i hjemmetjenesten tenkes å arbeide ut fra prinsippene for hverdagsrehabilitering. Det innebærer at det er de ansatte i hjemmetjenesten som i all hovedsak gjennomfører hverdagsrehabiliteringstiltak sammen med bruker. Alle har ansvar for å følge opp mål- og tiltaksplan, for hverdagsrehabilitering og dokumentere underveis. Små stillingsbrøker og vikariater vil kunne være til hinder for kontinuitet. Derfor anbefales større stillingsbrøker.

Inklusjonskriterier

- 65 + som utgangspunkt, men yngre brukere må også få tilbud om hverdagsrehabilitering dersom det vil kunne være aktuelt.
- Bruker som søker tjenester for første gang
- bruker som har økt behov for tjenester
- Bruker som søker enkle hjelpemidler for første gang
- Bruker med langsomt utviklende funksjonsfall
- Bruker som nærmer seg et hjelpebehov
- IPLOS score 2 (vippepunkt-markør)
- Bruker må ha et rehabiliteringspotensiale
- Bruker må være motivert eller at det er mulighet for å motivere vedkommende
- **Bruker må kunne uttrykke egne mål, kunne delta aktivt i en rehabiliteringsprosess og ha evne og vilje til å fortsette aktiviteter etter endt innsatsperiode.**

Eksklusjonskriterier

- **Alvorlig** kognitiv svikt
- **Alvorlig** psykisk diagnose
- Palliativ diagnose
- Bruker har ikke potensiale for å delta aktivt i en rehabiliteringsprosess
- Bruker er til tross for oppmuntring ikke motivert for/ønsker ikke hverdagsrehabilitering

NB: Viktig å ikke ekskludere kun pga diagnose eller alder. Må kunne vurderes individuelt i forhold til øvrige inklusjonskriterier

Vedtak

Det foreslås vedtak på 4 uker med hverdagsrehabilitering, men med mulighet for forlengelse dersom det fortsatt er rehabiliteringspotensiale og motivasjon. Hverdagsrehabilitering må kunne igangsettes raskt, selv om vedtak vil kunne foreligge noe senere. Vedtak bør ha en formulering som tilsier at tildelt varighet forutsetter motivasjon og framgang, og at vedtaket kan endres i løpet av perioden dersom forutsetningene underveis viser seg ikke å være til stede lenger. Det må i vedtaket ilegges tilstrekkelig tid for gjennomføring av tiltak, og det bør gis rom for kreativitet i utførelse av tiltak for å nå brukerens mål.

Dokumentasjon

I tillegg til at dokumentasjon er en plikt, er dette en forutsetning for å lykkes i den korte og avgrensede perioden for hverdagsrehabilitering. Derfor må en sikre at alle ansatte er trygge på å bruke mål- og tiltaksplaner og dokumenterer daglig. Gerica er dokumentasjonsprogrammet som benyttes i Gjøvik kommune. I dette anbefales det at mål, tiltak og evaluering dokumenteres under egen fane for hverdagsrehabilitering. Dette for bedre oversikt.

4.0 Evaluering

Evaluering av prosjektet er foretatt av Senter for Omsorgsforskning, ved førsteamanuensis og senterleder Maren Sogstad. Denne blir i det følgende presentert:



Evaluering av prosjekt om hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune

Metode

Senter for omsorgsforskning, Østlandet har på oppdrag fra Gjøvik kommune deltatt i evalueringen av hverdagsrehabiliteringsprosjektet.

For å evaluere erfaringer fra prosjektet ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med prosjektgruppen ved oppstart og ved avslutning av prosjektet. Fokusgruppeintervjuene foregikk som ledet diskusjon rundt sentrale tema. Fokusgrupper er en egnet metode for å avdekke erfaringer, holdninger og meninger i et miljø der mennesker samhandler (Malterud 2002).

Det var to enheter i hjemmetjenesten, samt somatisk korttidsenhet ved et sykehjem som deltok som utprøvingsarena i prosjektet. Det ble opprettet en prosjektgruppe i hver enhet som skulle delta i prosjektet.

Hovedtema i det første intervjuet var hvordan de arbeider i dag, ved oppstart av nye tjenester til en bruker. Videre ønsket vi å belyse kunnskap og holdninger til hverdagsrehabilitering som metode. På dette første intervjuet deltok 2-4 deltagere fra hver av de tre enhetene som skulle inngå i prosjektet, samt to ressurspersoner fra rehabiliteringsenheten på Haugtun, prosjektleder og ergoterapeut fra innsatsteamet, totalt 14 personer.

I intervjuet ved prosjektslutt var hovedfokus på erfaringer med hverdagsrehabilitering, samt tanker om videre implementering. På intervjuet deltok to av de tre enhetene som deltok i prosjektet, samt prosjektleder, totalt fire personer. Det har ikke vært gjennomført intervju med den siste enheten på grunn av sykemelding.

Resultat

Ved oppstart av prosjektet:

Oppstart av nye tjenester

De ulike enhetene hadde noe ulik tilnærming ved oppstart av nye tjenester. Felles for hjemmetjenesten var at de ikke hadde faste rutiner for å kartlegge hva bruker klarte selv og til hvilke oppgaver det var behov for hjelp. Utforming av tjenesten bygger på epikrise fra sykehus, vedtak fra tjenesteenheten (bestiller) og på observasjoner og samtale ved første besøk. Det uttrykkes at utforming av mål og tiltaksplan er utfordrende og at flere føler at dette er noe de ikke mestrer. Det er også stor forskjell på hvor utførlig ulike aktiviteter beskrives i tiltaksplanen, alt fra bare morgenstell til en mer utførlig beskrivelse av hvordan stellet gjennomføres, hva bruker trenger hjelp til og ulike rutiner som er viktig for god gjennomføring. Det er mange tilfeller de som lager arbeidslistene som setter opp tiltakene – selv om disse ikke har vært i kontakt med bruker. De ansatte opplever at de fleste har lang erfaring og relativt raskt klarte å danne seg et bilde av situasjonen og hjelpebehovet ved et første besøk. De opplever også tiltaksplanen som fleksibel og at de ofte gjør endringer når de blir bedre kjent med brukerne eller situasjonen endrer seg.

«...en prøver seg litt frem. Mange av oss er rutinerte så vi ser jo hva bruker greier og hva han trenger hjelp til. Da er det jo viktig å få kartlagt det så fort som mulig. Jeg liker veldig godt å lese de morgenstellrutinene der det står litt mer beskrevet, for da kvalitetssirkler en at alle gjør likt. Når det bare står morgenstell åpner en for veldig mange varianter.»

Det ble uttrykt et ønske om å kunne ha en mer strukturert kartlegging, en sjekklister, ved oppstart av tjenester. Personalet tenker at et slikt verktøy også vil være nyttig for å dele informasjon mellom de ulike personene som er i kontakt med bruker. Dette mener de hadde gjort det lettere å få oversikt over situasjonen og at en i større grad kunne utrettet enhetlig pleie og omsorg. Sykehjemsenehetene er også svært positive til utvikling av verktøy og uttrykker stor tilfredshet med verktøykasse de har utviklet knyttet til inntak og kartlegging.

«Tenker at det hadde vært veldig fint med en sjekkliste. Når neste kommer på jobb hadde en hatt noe konkret å lese seg opp på. Det blir ofte at en bare hører andre på jobb prater at han er slik og slik. Da hadde en hatt en liste som en bare kunne gått inn og lest. Så hadde en jo også sluppet å stille de samme spørsmålene også. Det er nok ofte at samme spørsmål blir stilt mange ganger.»

Tid trekkes frem som et viktig element, særlig i hjemmetjenesten. Det settes i liten grad av tid til å bli kjent med bruker, dens behov og ønsker ved første gangs besøk. Mer tid til kartlegging trekkes frem som et ønske.

«...dette er litt på hvor travelt en har det, veldig på hvor travelt en har det. For hvis en har det veldig travelt, da har en ikke tid til å spørre, tid til å finne ut ting, så da går det kanskje litt fort, for fort. Om en har stort belegg, så får en ikke tiden. Når en har bedre tid så blir det lettere å kartlegge og fange opp. Syntes det er veldig mye et tidsspørsmål.»

I kortidsenheten har de i større grad formelle rutiner ved oppstart av tjenester. De har mal for en inkomstrapport og også egen rutine for en inkomstsamtale der brukeren selv er med å sette mål for oppholdet. På bakgrunn av dette blir det utarbeidet en mål og tiltaksplan. Mål og tiltaksplanen evalueres i mål og tiltaksmøte og også i tverrfaglige møter.

Om hverdagsrehabilitering

Deltakerne har, etter å ha tenkt seg litt om en klar formening om hva hverdagsrehabilitering dreier seg om, som en sier:

«Jeg vil vel si at det er å legge til rette for at hver enkelt bruker skal klare seg best mulig i sin egen hverdag, det vil jeg si. Det nikkes, er det slik dere tenker? Ja, det at brukerne er me,d at de styrer sitt eget liv, om dem ikke kan øke eller gjenvinne funksjonsnivå, så kan en opprettholde og være aktiv likevel.»

Den videre diskusjonen indikerer at gruppen foreløpig har et noe distansert forhold til hverdagsrehabilitering. Det er noe det snakkes om, som er på «mote» og som de tenker at de må forholde seg til, men at man i liten grad har tenkt igjennom hva dette innebærer for, og krever av tjenestene.

Som en av deltakerne uttrykker det:

«Vedtakene blir jo bare mer og mer og om vi skal få unna listene våre og få plass til nye, vi er nødt til å tenke rehabilitering i det vi gjør. Hvis vi ikke gjør det da vil vi slite altså. Så, det

syntes jeg har vært en sånn, vi har jo blitt prentet inn med det og kommunen har jo også pratet på det, så jeg tror det begynner å gli inn at vi må tenke på denne måten.»

Gruppen uttrykker en motivasjon for å gå i gang med å jobbe med hverdagsrehabilitering. Det er flere som uttrykker at dette vil være en spennende måte å jobbe på. De fremhever også at det vil bli utfordrende, og at de blir nødt til å tenke på en annen måte.

Rehabiliteringsavdelingen som har erfaring med å jobbe med konkrete mål uttrykker at dette er en motiverende måte å jobbe på. En ser tydelige resultater av den jobben en gjør og en opplever jobben som mer meningsfull. Å jobbe med kartlegging og målformulering gjør også at en på en annen måte må begrunne det en gjør. Det trekkes også frem at å jobbe mer systematisk i større grad vil ansvarlig gjøre de som jobber med pasientene. Dette kan bidra til at alle i større grad trekker i samme retning, at alle får et eierforhold til arbeidet som utføres og at dette vil øke motivasjon.

«... det blir motiverende for ansatte også, når en har konkrete ting å jobbe mot og en kanskje ser fremgang og at det da blir morsommere i jobben. Også at vi begrunner bedre det vi gjør at vi ikke bare gjør det for slik har det alltid vært.»

Tid til kartlegging ved oppstart av tjenester trekkes igjen frem som en viktig faktor for å skulle lykkes med hverdagsrehabilitering. Det blir uttrykt at når tjenestene er i gang er det vanskelig å få øye på hva en bruker egentlig har potensial til å klare selv, og at det er vanskelig å kutte ned på tjenester som er blitt tildelt. Det blir også reflektert rundt at hverdagsrehabilitering krever at de ansatte tenker annerledes og at dette ikke er så lett. Det trekkes også frem at tjenestekontoret er en viktig samarbeidspartner i forhold til å kunne tenke hverdagsrehabilitering. Ansatte på rehabiliteringsenheten trekker også frem at å innføre nye rutiner og arbeidsmåter er arbeidskrevende og langvarig. Gode pådrivere og at en jevnt og trutt blir minnet på og etterspurt på det som ligger i prosedyrene er viktig for å lykkes.

«Det er ikke så lett. Kan lett bli at vi syr puter under armene på dem. Om vi begynner med for mye hjelp skjønner verken de eller vi at de kan klare ting selv. Man må stå litt med henda på ryggen, ja der er ikke vi så flinke heller.»

Hjemmetjenesten peker også på at de gjør mye bra arbeid i dag. Når en er hos en bruker så gir man informasjon om både aktivitet og kosthold og en prøver også å motivere, men at dette arbeidet er lite systematisk og i liten grad blir dokumentert. Dette trekkes også frem som en god inngangsport til hverdagsrehabilitering, at en i større grad blir bevisst på det som allerede gjøres og kan ta utgangspunkt her.

Dokumentasjon trekkes frem i flere sammenhenger som en utfordrende faktor. I flere tilfeller er det mye av arbeidet som ikke blir dokumentert – og at dokumentasjonen, og også tiltaksplanen, i mange tilfeller er mangelfull. Det trekkes også frem at enkelte ting er vanskelig å dokumentere, gjerne knyttet til psykiatri eller fungering. Dette er viktig informasjon når man i samarbeid skal utforme gode tjenester.

« – vi gjør ting uten å dokumentere det. Og det tenker jeg litt er den holdningsbiten at vi blir mer bevisst de valgene vi gjør og hvordan vi tenker. Skrive litt vurderinger – vært på do, fint å vite litt mer gikk en selv hva måtte en han ha hjelp til. Da blir det lettere å følge med også.»

På direkte spørsmål om hva som er viktig for å lykkes med hverdagsrehabilitering trekkes det frem at dette må settes på dagsorden. Det å få alle engasjert og motivert for å jobbe på denne måten pekes på som en utfordring. Her pekes leder ut som en viktig faktor for å lykkes. De er viktig både i forhold til å gi trygghet og se hver enkelt, samtidig som den er viktig får å sette fokus i enheten.

«Jeg tror det er viktig å ha gode ledere som kan gi arbeiderne sine god selvillit at de gjør ting som er bra. Også er det viktig at det er fokus på det fra leder på dette her, at det er noe vi skal gjøre.»

Det etterspørres også økt kompetanse hos den enkelte pleier for å få det til.

«..., men en er litt tilbake igjen til det med holdninger og kunnskap – hva kan den enkelte pleier – veldig mye ligger der.»

Brukermedvirkning trekkes også frem som et viktig perspektiv og det å få en tilnærming og rutiner som i større grad gjør brukerne i stand til å medvirke i forhold til både å uttrykke ønsker og behov og også være med på å finne mål og tilnærminger.

Deltagerne i intervjuet har et litt uklart bilde av hvilke pasienter hverdagsrehabilitering kan være nyttig for. De vil se etter rehabiliteringspotensial og motivasjon.

«Jeg tenker at det er spesielt de med akutte skader som har et stort potensiale for å bli bedre....Ja, for da finnes det jo ofte motivasjon også. Men også de som sakte men sikkert begynner å falere. De som kanskje ikke er så lett å oppdage før det har gått for langt.»

Etter utprøving

I løpet av prosjektperioden har gruppen krympet, særlig i hjemmetjenesten har det blitt et «enmannsforetak» å drive prosjektet.

De har totalt testet opplegget på fem pasienter, men en var ikke representert, slik at erfaringene presentert i intervjuet bygger på utprøving på fire pasienter.

Å finne en pasient

På somatisk korttidsavdeling syntes de det var greit å velge ut pasienter for deltagelse i prosjektet. De tok utgangspunkt i nye pasienter som ikke hadde kommunale tjenester fra før. Gjennom samtaler fant de frem til personer som var interessert og motivert. Det ble lagt vekt på at pasienten ikke skulle ha kognitiv svikt og at det var pasienter som skulle tilbake til egen bolig.

I hjemmetjenesten opplevde de at det var vanskeligere å finne noen som kunne egne seg for deltagelse i prosjektet. De brukte lang tid på utvelgelsen. Årsakene til dette mener de kan være at det er mange av brukerne i hjemmetjenesten er for dårlige for å sette i verk hjemme-rehabiliteringstiltak. Slik de ser det finnes det lite rehabiliteringspotensiale hos flertallet av brukerne. Det pekes også på at de kanskje lette etter en bruker der det skulle være mulig å se store resultater. Nå i sluttfasen av prosjektet trekkes det frem at en kunne tenkt annerledes rundt dette.

«Tror vi så etter noe som egentlig var litt vanskelig, noen som var dårlige som vi skulle få så bra – men nå tenker jeg mer sånne små steg liksom, at vi skal være fornøyd med det – ikke fra å være syk til å bli frisk liksom. Nå tenker jeg mer små skritt.»

Samtidig viser flere uttalelser i intervjuet at en tenker at hverdagsrehabilitering lettest kan ta utgangspunkt i et funksjonsfall på grunn av en skade eller liknende.

«Tenker det vil være lettere med en ny bruker, gjerne der det er en skadesom du kan trene deg opp att fra. Ikke bare at du er kjempe gammel og lei av livet, det er kanskje ikke det beste utgangspunktet»

Målsamtale og brukermedvirkning

De som har vært med på utprøvingen gir uttrykk for at opplegget med målsamtale fungerte fint. Det var med en person fra innsatsteamet på målsamtalene, en som hadde trening i å utføre denne typen samtaler. Dette blir fremhevet som viktig. De ansatte opplever målsamtalene som krevende og tenker at det er fint at noen i kommunen spesialiserer seg på å gjennomføre slike samtaler.

De opplevde at pasientene ble overasket når de fikk spørsmål i samtalen knyttet til hva som var viktig for dem og hvilke ting de ønsket å trene på. Pasientene forventer å bli spurt om hva de trenger hjelp til istedenfor å bli utfordret på hva de kan klare selv.

«De blir overasket over å bli stilt det spørsmålet. Dette er folk som ikke har hatt så mye hjelp, men de forventer heller å få spørsmål om hva du trenger hjelp med – sånn praktisk»

De ansatte har også en opplevelse av at pasienter som enten får plass på sykehjem, eller tildelt hjemmesykepleie, lett «legger seg i tjenestenes hender».

«Jeg pleier jo å spørre pasienten hvordan han vil ha det, men det er ofte når de kommer i institusjon så sier de «jeg gjør det slik som du vil». Dette er ikke min hjemmebane så her er det ikke jeg som bestemmer.»

I målsamtalene i sykehjemmet opplevde de at pasienten klarte å formulere egne mål, mens de i hjemmetjenesten opplevde at de måtte være aktive å foreslå ulike muligheter.

«Tror ikke han kunne sagt av seg selv at han ville stå opp tidlig og smøre maten min selv, nei det ville han nok aldri ha sagt. - Hvorfor ikke? Det var ikke i tankene hans å gjøre det, for det er så fint at vi kommer. Men, når vi foreslo det var han så positiv, ja det kunne han godt gjøre»

Alle opplevde at pasientene var positive til målene som ble formulert i målsamtalen og at de uttrykte motivasjon til å jobbe videre med disse.

Det har imidlertid vært vanskelig å få med de andre ansatte på å gjennomføre tiltakene som var avtalt. Noen har fulgt opp, mens andre har hatt et distansert forhold til tiltakene som ble iverksatt som del av prosjektet. Det uttrykkes at det nok har vært manglende eierskap og engasjement til prosjektet i ansatte gruppen.

«Syntes ikke det har vært kjempe lett å få med de andre på jobb – og det tror jeg har mye å si med tiden– vi har det kjempetravelt. For jeg syntes at det virker som, mange ta dom andre dom har sitt og dette blir litt våres, og da engasjerer de seg ikke i det»

Gjennom intervjuet kommer det frem at brukermedvirkning kan være utfordrende i utforming av mål og tiltak. Det er lett for at helsepersonell ser utfordringer og selv har løsningene.

«Jeg var for eksempel hos en som nesten bare lå i senga og det var ikke noe grunn til det, - det var bare for det det var behagelig. Alt vil jo bare bli tyngre både for han og oss og alle rundt han. Må være et mål at han klarer å gå fra rom til rom i huset sitt.»

Resultatene av iverksatte tiltak

Den ene som har reist hjem fra korttidsopphold syntes å ha hatt god effekt av tiltakene som ble iverksatt. Hun var svært motivert og begynte raskt etter målene var satt å prøve selv. Hun hadde god fremgang og inntrykket er at hun kunne skrives ut med mindre hjelp, særlig knyttet til stell situasjoner, enn det man ville gjort ellers.

I hjemmetjenesten var opplevelsen litt annerledes. Pasienten virket ikke særlig motivert eller ivrig på å gjøre oppgavene de har blitt enige om, selv om han fint klarte å utføre dem. Mye av utfordringen var at pasienten var passiv og hadde lite tiltakslyst. Det ble i målsamtalen bestemt at tiltakene de skulle prøve var at han skulle stå opp om morgenen og selv smøre sin egen mat. Det ble også forsøkt med et tilrettelagt trimtilbud ute av huset, men dette ønsket han ikke å fortsette med. Pasienten uttrykte selv at han ikke opplevde noen forskjell, mens den ansatte syntes han virket lettere til sinns med de nye rutinene. Det at hjemmetjenesten kommer er en viktig hendelse for pasienten, det pekes på at besøket er det viktigste, ikke hva han nå mestrer selv.

«Tror ikke han legger mye tanker på at han skal ordne maten sin. Ikke at det er noe tiltak å få gjort det, men det er nok det er at vi er der – det betyr mye!»

Tanker om hverdagsrehabilitering

På spørsmål om de opplever at de tenker annerledes rundt pasientene nå, etter å ha jobbet med hverdagsrehabilitering som tema svarer de ansatte litt nølende. De tror de har fått et annet fokus, at de ikke skal være så hjelpsomme som de har vært. De uttrykker at de i større grad enn tidligere vil ha fokus på det pasientene kan klare selv.

«Vi har lett for å hjelpe litt mye, jeg tror det. Vi gjør ting som de godt kunne fått til selv»

Det pekes også på at tjenestene kan bli flinkere til å ha fortløpende evaluering, både i forhold til funksjon og mestring og nivået av tjenester. Det er en felles opplevelse at det å trappe ned på tjenester er vanskelig. Når et tjeneste nivå er etablert, da er det sånn det er.

«Det er ofte vi tenker heller litt for mye enn for lite i en overgangsperiode. Da er det lett for både dem og oss at det blir sånn, da har de fått vedtak og tjenesten er etablert»

Tid trekkes frem som en viktig faktor for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Det å ha tid til å jobbe sammen med hver bruker, både for å gjøre gode vurderinger, for å formulere mål og

for å jobbe mot målene. Videre pekes det på at det er viktig å jobbe videre med forankring. Skal man lykkes er det viktig at alle er involvert og føler et eierskap til denne måten å jobbe på i hele kjeden fra tjenestekontor til sykehjem. Det å kunne ha gode eksempler å vise frem trekkes frem som en god motivasjonsfaktor. At de ser at dette er en fornuftig måte å jobbe på – og at det er mulig.

Det pekes også på at det er viktig med informasjon ut til befolkningen, at folk er forberedt på at de må gjøre en innsats selv når de blir tilbudt kommunale tjenester.

I det videre arbeidet med hverdagsrehabilitering pekes det også på at det er viktig at ledelsen er mer involvert, at de er pådrivere i den holdningsendringen som må til for å lykkes.

Prosjektgruppen er positiv til å være ressurspersoner i en videre satsning på hverdagsrehabilitering, men uttrykker samtidig usikkerhet rundt hvilken rolle de er tiltenkt i det videre arbeidet.

Diskusjon:

Intervjuet før oppstart synliggjør en litt distansert og avventende holdning til hverdagsrehabilitering. Det er noe ulik kunnskap i gruppen knyttet til temaet, men de uttrykker interesse og motivasjon for å gå inn i prosjektet.

Gjennom prosjektperioden har det vært tungt for prosjektleder å drive prosessen videre, og flere av personene som i utgangspunktet skulle delta har falt fra underveis. Til tross for dette har blitt utført mye godt arbeid og rutiner og sjekklister er utformet.

Prosjektgruppen har utviklet verktøy som de syntes har fungert godt i utprøvningsfasen. Dette er et godt utgangspunkt fra videre arbeid med hverdagsrehabilitering i tjenesten.

I utprøvningsfasen var rekruttering av pasienter utfordrende. Det var vanskelig å prioritere mellom andre arbeidsoppgaver og det var også utfordrende å finne «rett» pasient. Dette resulterte i at det kun er fem pasienter som ble inkludert i utprøvingen. Dette gir begrenset erfaring å uttale seg på. Intervjuene i etterkant bidrar derfor med noe begrenset informasjon.

Erfaringene i utprøvingen viser at det er utfordrende og gjøre ting på nye måter, men at det oppleves veldig motiverende når en ser effekt av tiltakene en iverksetter.

Gjennom intervjuet kommer det også til uttrykk en usikkerhet rundt hvem hverdagsrehabilitering egner seg for, og også hvordan og i hvilken grad dette skal

gjennomsyre tjenestene. Et annet område som kan virke utfordrende er brukermedvirkning. Hvordan ivaretar man denne på en god måte gjennom hverdagsrehabiliteringsprosessen. I et videre arbeid med hverdagsrehabilitering vil prosesser for å få klarhet i disse spørsmålene kunne være viktig. Her vil det også kunne være nyttig å se helhetlig på tjenestene. Hvor plasserer hverdagsrehabilitering seg i forhold til andre tilbud som rehabiliteringsopphold og innsatsteam? Et arbeid for å se på hvordan de ulike tjenestene kan samhandle rundt rehabiliterings spørsmål kan også være et godt tiltak.

Et videre arbeid for å endre holdninger og arbeidsmåte er nødvendig for å lykkes. Her kan økt kompetanse være et viktig aspekt. For å kunne jobbe og få et eierskap til hverdagsrehabilitering vil det være viktig å ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan dette arbeidet kan utføres.

En kan spørre seg om lederne har vært tilstrekkelig involvert i prosjektet. Lederforankring er en kjent suksessfaktor for å lykkes i fagutviklingsarbeid. Involvering og interesse fra lederne ble trukket frem som viktig av prosjektgruppen i det første intervjuet. Ved prosjektslutt ble det kommentert at dette kunne ha fungert bedre. Det er en utfordring at tjenestene hele tiden står i et kryss press mellom ulike prioriteringer – både av oppgaver og satsninger. For å lykkes med hverdagsrehabilitering kan det være viktig at dette løftes frem, og slik kan vinne prioriteringskampen.

Gjennom prosjektet er det tydelig at man har sådd noen spirer, noen har fått økt kompetanse, det er høstet noen erfaringer, både positive og negative, og en interesse for denne måten å jobbe på er etablert. Dette gir gode forutsetninger for et videre arbeid. Tjenesteutvikling tar tid, for å kunne lykkes gjelder det å holde fokus over tid.

5.0 Oppsummering

Prosjektet har ut fra tildelte midler jobbet i retning av oppsatte mål for prosjektet. Det er gjennomført kompetanseheving i prosjektgruppe og ressursgruppene som helhet og det er utviklet verktøy for gjennomføring av målsamtale. Dette er prøvd ut og har fått gode tilbakemeldinger. Det er gjennomført utprøving av hverdagsrehabilitering. Utprøvingen har vist til gode resultater, men også synliggjort utfordringer. Dette er nyttige erfaringer i videre planlegging av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune.

Utprøvsperioden var kort og med kun fem brukere. Likevel har dette gitt nyttige erfaringer. I stor grad har hverdagsrehabilitering ført til endret livssituasjon med større selvhjulpenhet og økt livskvalitet for brukerne som deltok. Samtidig har det også vist at en ikke alltid når helt frem. Fokusgruppeintervjuet viste en fortsatt usikkerhet om hvem hverdagsrehabilitering egner seg for. Det ble uttrykt at det var vanskelig å finne brukere som kunne være aktuelle for hverdagsrehabilitering fordi en er vant til å tenke rehabilitering på et høyere nivå. Dette viser at det er behov for tydelig struktur og plassering av hverdagsrehabilitering i forhold til øvrige rehabiliteringstjenester som hjemmerehabilitering. Det ble erfart at gjennomføring av målsamtale krever egen og tverrfaglig kompetanse. Dette støtter opp under behov for et tverrfaglig team som kan ha et overordnet ansvar.

Gjennom prosjektperioden ble det erfart at krav til dokumentasjon og de ansattes holdninger, ferdigheter og trygghet i forhold til å dokumentere er svært varierende ved de ulike avdelingene. Dette skapte også store utfordringer i oppstarten av prosjektet. Disse erfaringene synliggjør behov for opplæring og trygging i forhold til dokumentasjon, og at det bør settes i verk tiltak, eventuelt et delprosjekt knyttet til dokumentasjon i Gericca.

Utprøvsperioden viste et varierende engasjement for hverdagsrehabilitering blant ansatte i de deltakende avdelingene. Utenfor ressursgruppene var det lite kunnskap om hverdagsrehabilitering. Ressursgruppene var tenkt å videreformidle kunnskap om hverdagsrehabilitering i sin avdeling. Underveis ble det en del frafall i ressursgruppene, noe som kan være av forklaringene til at det ble oppnådd varierende kunnskap og engasjement hos de øvrige ansatte. Fokusgruppeintervjuet viser også til en travel hverdag med lite tid til å sette seg inn i annet enn egne oppgaver, og en oppfatning blant ansatte om at

hverdagsrehabilitering var noe som bare angikk de som var med i prosjektgruppa. Det var vanskelig å få med alle i avdelingene på utprøvingen. Erfaringene rundt dette synliggjør hvor viktig det er at alle som er tiltenkt å arbeide med hverdagsrehabilitering opparbeider eierskap og ansvar for dette. Kunnskapsheving med tilhørende holdningsendring er grunnleggende i dette. Til tross for generelt lav kjennskap til hverdagsrehabilitering, steg imidlertid engasjement og interesse blant ansatte som erfarte hvilken betydning hverdagsrehabilitering hadde for brukeren, hvor rask effekt tiltakene hadde og at man i løpet av kort tid heller sparte tid ved å arbeide på denne måten. Det ble uttrykt entusiasme og motivasjon hos ansatte som gledet seg over det de hadde erfart, med interesse for å tenke hverdagsrehabilitering videre, også for andre brukere enn de som deltok i utprøvingen.

I fokusgruppeintervjuet kom det fram at brukere ble overrasket over å bli spurt om hva som var viktig for dem og hva de ønsket å trene på, framfor hva de ønsket hjelp til.

Med dagens organisering av helse og omsorgstjenester har bruker og pårørende forventninger til hvilke tjenester som tilbys og hvilken hjelp en kan få. For ansatte innebærer dette innarbeidede rutiner knyttet til forventninger om hva de skal utføre av omsorgsoppgaver innenfor gitte tidsestimater. Dette synliggjør behov for omformuleringer av tjenestetilbud, tydelig forankring på ledernivå og ledelse som ved siden av eksisterende omsorgstilbud fronter hverdagsrehabilitering sammen med de ansatte. God informasjon til brukere og pårørende er spesielt viktig i dette, slik at de kjenner til og forstår hva et tilbud om hverdagsrehabilitering innebærer. Vel så viktig er det at henvisende fastleger og spesialisthelsetjeneste også har kjennskap til hverdagsrehabilitering, slik at de overfor brukere med rehabiliteringspotensiale kan formidle og henvise til et slikt tilbud.

6.0 Konklusjon

Hverdagsrehabilitering er et nasjonalt satsningsområde, og mange kommuner viser til gode resultater etter innføring av denne måten å organisere tjenesten på. Med de utfordringer omsorgssektoren står overfor, er innføring av hverdagsrehabilitering synliggjort som veien å gå for å møte noen av disse utfordringene. Gjøvik kommune har i sin omsorgsplan 2025 vedtatt rehabilitering som ett av sine satsningsområder, og er allerede i gang med hjemmerehabilitering og et innsatsteam for denne tjenesten. Innføring av hverdagsrehabilitering vil ikke bare styrke kommunens satsning på rehabilitering, men også bidra i et helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv.

I evaluering fra Senter for omsorgsforskning påpekes at tjenesteutvikling tar tid, men at man i dette må ha et tydelig fokus. Hverdagsrehabilitering krever en omorganisering av både struktur på tjenester og av holdninger på alle nivå. Dette krever solid forankring på alle ledernivå og grundig planlegging med tverrfaglig tilnærming. Videre må det til kompetanseheving om hverdagsrehabilitering og ledelse som fronter hverdagsrehabilitering sammen med de ansatte. Hverdagsrehabilitering må gjøres kjent for nåværende og fremtidige brukere og pårørende. Det er også viktig at henvisende instanser som fastlege og spesialisthelsetjenesten gjøres kjent med dette tilbudet som kan være aktuelt for mange.

Som et kompetansehevende tiltak har Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland, i samarbeid med KS og Østre Toten kommune planlagt kursdag om hverdagsrehabilitering i april 2014. Hensikten er å formidle informasjon om hva hverdagsrehabilitering er, gi inspirasjon til å komme i gang med hverdagsrehabilitering, og i tillegg gi påfyll og ideer til kommuner som allerede er i gang med prosjekt eller utprøving.

Prosjektet har lagt fram forslag til innhold i modell for hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune. Denne sammen med ovenfor nevnte fokus anbefales å ligge til grunn for videre planleggingsarbeid for implementering av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune.

7.0 Referanseliste

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Brodtkorb Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2004), *Mellom mennesker og samfunn*, Gyldendal Norsk Forlag AS

Ergoterapeutene.org: Hva er hverdagsrehabilitering? Hentet ved:

<http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskrift av 01.01.2012

Gjøvik kommune (2009): *Kommunedelplan. Helse og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune. Gjøvik.*

Gjøvik kommune (2011): *ReHabiliteringsplan 2011-2014. Plan for habilitering og rehabilitering.*

Haugtun Utviklingsssenter for sykehjem, Gjøvik kommune, Oppland Fylke (revidert utgave 2012): *Virksomhetsplan 2011-2015.*

Helsedirektoratet (2010): *Utvikling gjennom kunnskap (IS-1858). Utviklingsssenter for sykehjem og hjemmetjenester –en nasjonal satsning. Overordnet strategi 2011-2015.*

Helsedirektoratet (2011): *Fleksible tjenester -for et aktivt liv (IS-1875). Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Nevroplan 2015, delplan til Omsorgsplan 2015*

Helsetilsynet (2005): *Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Lov av 02.07.1999, endret 01.01.2014.

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*

St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening –Framtidas omsorgsutfordringer.*

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling –på rett sted –til rett tid.*

Vifladd E, Hopen, L (2004) . *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*, Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

***FAGDAG FOR RESSURSGRUPPENE I PROSJEKT
"INNFØRING AV HVERDAGSREHABILITERING I
GJØVIK KOMMUNE"***

Tid: 21.02.13 kl. 08.00 – 15.00

Sted: Haugtun, møterommet USH

Ansvarlig: Liv Thorsen, Toril Heggen Munk, Agnete Fløtlien, Camilla Engevold, Ada Valle Huuse og Elin Angen Michaelsen.

Kl. 08.00 – 08.15 Velkommen med kaffe/te/frukt. En kort presentasjon av dagen v/Elin A.Michaelsen

Kl. 08.15 – 09.15 Hverdagsrehabilitering, "hva er det?" v/Agnete Fløtlien

Kl. 09.15 - 09.30 Pause

Kl. 09.30 - 11.30 Liv Thorsen og Toril Heggen Munk:

Hva kan hverdagsrehabilitering bety for brukerne, og vår arbeidshverdag? Legges inn pause etter behov.

Kl. 11.30 – 12.00 Lunsj

Kl.12.00 – 12.45 Liv Thorsen og Toril Heggen Munk fortsetter.

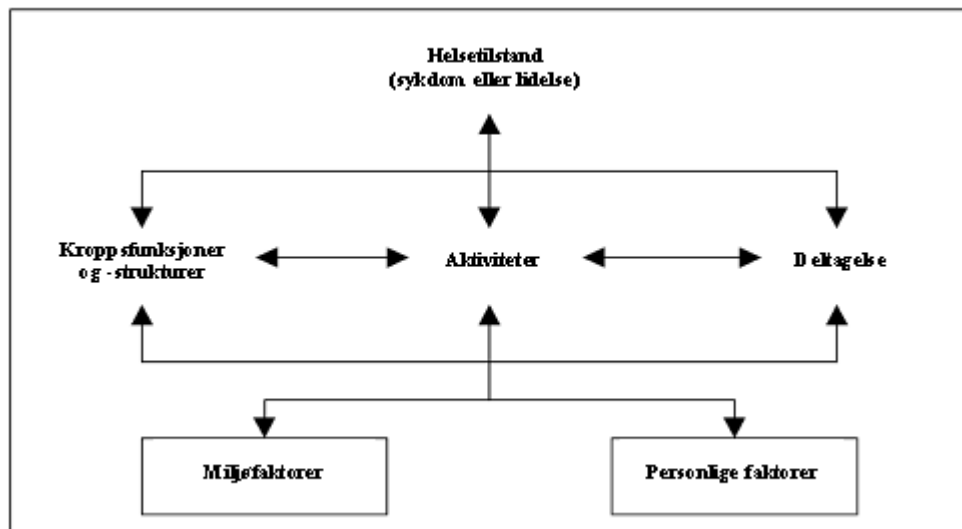
Kl.12.45 – 13.00 Pause

Kl.13.00 – 14.30 Presentasjon av en mål/tiltaksplan i Gericia ut fra et relevant case, der hverdagsrehabilitering står sentralt v/Camilla Engevold. Gruppearbeid i ressursgruppene. Legges inn en pause.

Kl. 14.30 – 15.00 Kort oppsummering og veien videre..



ICF modell



Mer om ICF

ICF - International Classification of functioning, Disability and Health (WHO 2001).

International klassifisering og modell for sammenheng mellom funksjon, funksjonshemming og helse. Den teoretiske modellen ble introdusert for å skape et helhetlig språk og idegrunnlag for å beskrive og forstå helse og helserelaterte tilstander, samt en flerdimensjonal forståelse av funksjon og funksjonshemming. Det teoretiske rammeverket og internasjonale klassifiseringssystemet gir grunnlag for forskningsarbeid, utvikling og beskrivelse av helse og helserelaterte forhold på tvers av landegrensar

ICF-modellen er i struktur svært kompatibel med rehabiliteringsbegrepet som det defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fokuset på aktivitet og deltagelse gjør modellen spesielt relevant for rehabilitering som prosess. AFMR Lassa bruker modellen som utgangspunkt for felles dokumentasjon og fagspråk, samt som sorteringsnøkkel for kartleggingsmetoder og tiltak i rehabiliteringsprosessen.

VEDLEGG 3

MÅLSAMTALE – Prosjekt ”Innføring av hverdagsrehabilitering”

Navn:	F.nr:	Dato:	
--------------	--------------	--------------	--

Ansvarlig gruppe

Primærkontakt:	Pårørende:
Sekundærkontakt:	

Hovedmål.....

Område	Dato	Mål	Tiltak	Ansvarlig	Evalue ring (dato)
Kroppsfunksjon/ kroppsstrukturer					

Aktiviteter og deltagelse					
Miljøfaktorer <ul style="list-style-type: none"> • Fysiske • Sosialt 					

SPØRREGUIDE TIL MÅLSAMTALE

Primærkontakt sin oppgave er å finne ut: Hvem er pasienten?

1. Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?

På avdeling:

2. Hvordan vil du at hverdagen din skal se ut etter at du er skrevet ut herfra?

3. Hvem er dine nærmeste?

4. Hvordan så livet ditt ut før?

5. Hva har du mistet?

6. Hva er viktigst for deg å få gjort noe med først?

7. Hva er viktig for deg i hverdagen?

8. Hva oppleves viktig for deg i livet?

9. Hva skal til for at du skal klare det du ønsker?

10. Er det noe av det du får hjelp til i dag som du ønsker å gjøre selv?

11. Hvordan ser nettverket ditt ut?

Viktige spørsmål du bør stille deg selv

- Tror jeg at det er håp for pasienten?
- Er jeg enig i målet til pasienten?
- Hvis ikke – klarer jeg å holde tett?
- Hva blir min rolle i forhold til akkurat denne pasienten?
- Kjenner jeg grensen for når jeg moraliserer og når jeg gir råd?

Hvordan lage et godt mål?

SMART

S: Spesifikt

M: Målbart

A: Akseptabelt

R: Realistisk

T: Tidsfestet

Et godt formulert mål bør

- Handle om pasienten, (det kan være fristende å lage mål på vegne av andre...)
- Det bør være positivt formulert (noe pasienten vil oppnå, ikke det pasienten ikke vil)
- Målet bør være økologisk (i det legger vi at målet skaper en form for balanse, eller vinn-vinn situasjon i pasienten sitt forhold til andre personer/omgivelser)

- Målet må være innenfor pasientens kontroll

DET KAN VÆRE EN IDE Å GI PASIENTEN DISSE TRE SPØRSMÅLENE I FORKANT AV EN MÅLSAMTALE.

PASIENTEN KAN TENKE LITT PÅ SVARENE, ELLER NOTERE NED NOEN STIKKORD

Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?

Hvordan vil du at hverdagen din skal se ut etter at du er skrevet ut herfra?

Eventuelt: Hvordan vil du at hverdagen din skal se ut?

Hva skal til for at du skal klare det du ønsker?

SJEKKLISTE TIL PLAN FOR MÅLSAMTALE

Oversikt over komponentene i

ICFs begrepsapparat

DEFINISJONER

I sammenheng med helse:

Kroppsfunksjoner er organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner.

Kroppsstrukturer er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdeler.

Avvik er problemer ved kroppsfunksjoner og -strukturer, som ved feil eller tap av betydning.

Aktiviteter er et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger.

Deltagelse er å engasjere seg i en livssituasjon.

Aktivitetsbegrensninger er vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktiviteter.

Deltagelsesinnskrenkninger er problemer en person kan oppleve ved deltagelse.

Miljøfaktorer utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person utfolder sitt liv.

Kroppsfunksjoner

Mentale funksjoner

Sansefunksjoner og smerte

Stemme- og talefunksjoner

Kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunksjoner

Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske

funksjoner

Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunksjoner og

forplantning

Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte

funksjoner

Huden og tilhørende strukturers funksjoner

Kroppsstrukturer

Nervesystemets strukturer

Øye, øre og tilhørende strukturer

Stemme- og taledannende strukturer

Strukturer tilhørende kretsløpssystemet,

blodsystemet, det immunologiske system og

respirasjonssystemet

Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og

endokrinsystemet

Strukturer med tilknytning til urinsystemet,

kjønnsorganene og forplantningen

Bevegelsesapparatets strukturer

Hud og tilhørende strukturer

Aktiviteter og deltagelse

Læring og kunnskapsanvendelse

Allmenne oppgaver og krav

Kommunikasjon

Mobilitet

Egenomsorg

Hjemmeliv

Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner

Viktige livsområder

Samfunnsliv og sosiale livsområder

Miljøfaktorer

Produkter og teknologi

Natur og menneskeskapte miljøforandringer

Støtte og sosialt nettverk

Holdninger

Haugtun Utviklingssenter

Storgata 33

Telefon: 61 14 69 00

E-post: haugtun.ush@gjovik.kommune.no

www.utviklingssenter.no