

# Vossamodellen

*Kvardagsrehabilitering / Halvtidsrapport / Desember 2013*

*Artikkelserie 1/14*



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**  
Hordaland



BERGEN KOMMUNE

## INNHOOLD

- 3 Forord
- 4 Samandrag
- 6 Innleiing
- 6 Prosjektleiing og organisering
- 8 Bakgrunn og Kunnskapsgrunnlag
- 10 Gjennomføring av metode
- 14 Førebels resultat
- 17 Referanseliste
- 18 Viktige milepeler i kompetansehevinga
- 19 Samarbeidspartnarar



## FORORD

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland utgir denne rapporten om prosjektet hverdagsrehabilitering i Voss kommune. Rapporten gir en fremstilling av det arbeidet som gjøres i dette prosjektet, rammevilkår og idegrunnlag.

Prosjektet er nå kommet over halvveis, og det er viktig å få formidlet de erfaringene en har fått til nå. Prosjektet er et innovasjonsprosjekt, og det er knyttet forskning til på flere felt.

Prosjektet er realisert i et samarbeid mellom Voss kommune, Høgskulen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland (USHT), Funksjonshemmedes felles organisasjon (FFO), Helse Bergen Voss, Extrastiftelsen og Regionalt forskningsfond Vestlandet.

### *Per Waardal*

Leder i styringsgruppen for prosjektet  
USHT Hordaland



### *Toril Hunnålvatn*

Prosjektleder, Voss kommune  
toril.hunnalvatn@voss.kommune.no

Tlf. 56 52 06 32

Hagahaugvegen 30  
5710 Skulestadmo



## SAMANDRAG

Vossmodellen er eit prosjekt om kvardagsrehabilitering i Voss kommune. Inspirasjon til modellen er henta frå Danske kommunar. Det handlar om utvikling av ein eigen, og lokalt forankra, modell for rehabilitering av vaksne og eldre heimebuande personer. Voss kommune prøver ut ein modell med tidleg intervensjon, i form av daglig trening integrert i helsehjelp og assistanse, i nært samarbeid med brukar. I Vossmodellen vert pleie og praktisk bistand integrert i dagleg rehabilitering. Ordinært personell gjennomfører rehabilitering i samarbeid med, og under veiledning frå, eit team av ergoterapeut og fysioterapeut. Ein modell der ein flytter fokus frå kva type og mengde hjelp ein skal tildele, til kva som skal til for at vedkomande skal bli mest mogeleg sjølvhjulpen. Dette er å sjå som innovasjon på pleie- og omsorgsområdet i offentlig sektor.

Prosjektet vert utført med Høgskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest, Utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Funksjonshemmedes felles organisasjon (FFO) og Helse Bergen Voss sjukehus som samarbeidspartar. Prosjektet vert gjennomført delvis gjennom omdisponering av eksisterande stillingsheimlar i Voss kommune og gjennom ekstern finansiering frå Helsedirektoratet, Fylkesmannen og Extrastiftelsen. Det er og gjeve tilskot frå Regionalt forskningsfond Vestlandet til finansiering av forskninga, som vert utført av Høgskulen i Bergen.

Prosjektet er no kome over halveges i forløpet, og ein kan vise til fleire gode resultat, der brukarar har redusert kraftig på sine tenester, eller avslutta dei heilt.

### *Toril Hunnålvatn*

Prosjektleder, Voss kommune

FOTO SVEIN ULVUND



## INNLEIING

### MÅLGRUPPE

Prosjektet går ut på at innbyggjarar som henvender seg til Voss kommune for å søke om praktisk eller personlig hjelp, oppauke av hjelp, eller andre tiltak, vil bli vurdert som kandidatar til kvardagsrehabilitering. Det er som oftast forvaltningskontoret som gjer fyrste vurdering. Dersom personen oppfyller inklusjonskriteriene, vil vedkomande få tilbod om deltaking i prosjektet. Også dei som ikkje søker heimetenester, men som opplever at dei har reduksjon i funksjonsnivået er aktuelle. Dei søker då om kommunal rehabilitering som teneste, og blir vidare vurdert til kvardagsrehabilitering. Treninga foregår i heimen og i nærmiljøet.

Deltakarane er personar som opplever funksjonsfall og som har problemer med å meistre minst ein kvardagsaktivitet. Personen må være over 18 år og ha samtykke-kompetanse, og kunne norsk, skriftleg og muntleg. Personar med kognitiv svikt, personar i terminal fase og personar som er vurdert til å ha trong for sjukeheims plass eller rehabilitering på institusjon, vil ikkje få tilbod om deltaking i prosjektet. Dersom personen ikkje oppfyller inklusjonskriteriane, vert vedkomande tildelt tradisjonell bistand i form av heimetenester.

## PROSJEKTLEIING OG ORGANISERING

### OVERORDNA PROSJEKTLEIING/STYRINGSGRUPPE

Det er etablert ei styringsgruppe under leiing av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Hordaland. I styringsgruppa er det deltakarar frå Voss kommune, Senter for omsorgsforskning Vest, Helse Bergen Voss sjukehus og Høgskulen i Bergen. Forskinga vert utført av Høgskulen i Bergen.

### LOKAL PROSJEKTGRUPPE

Prosjektet blir leia av ein lokal prosjektleiing som er ansvarlig for implementeringen av tiltaket. Vidare er det etablert ei lokal prosjektgruppe med prosjektleiing, soneleiing / heimehjelpsleiing, ergoterapeut (prosjektleiing), fysioterapeut, og sjukepleiar. I tillegg er Eldrerådet, Kommunalt råd for funksjonshemma, FFO samt ein fagorganisasjon representert i prosjektgruppa.

### BRUKARMEDVERKNAD

Brukarmedverknad på systemnivå er ivaretatt ved at både Eldrerådet, Kommunalt råd for funksjonshemma og FFO er deltakande i prosjektgruppa. FFO har også teke del i prosjektet ved å stå som søkarorganisasjon for midlane frå Extrastiftelsen.

### FINANSIERING

Prosjektet er bygd på forutsetning om at kommunen gjer visse omdisponeringar av personell for å få til gjennomføringa. Det er gitt delfinansiering til prosjektet gjennom tilskot til samhandlingsreforma for 2012, fylkesmannens skjønnsmidler i 2012, midlar fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering 2012 og 2013, og Regionalt forskningsfond Vestlandet har delfinansiert forskninga.

I tillegg har utviklingssenteret, i samarbeid med Hordaland Fylkeskommune, lagt til rette for bruk av EU stipend for gjennomføring av hospitering i danske kommunar for seks tilsette.

### TIDSPLAN

#### 2011, hausten og 2012, våren

Prosjektet vart dimensjonert og detaljplanlagt. Prosjektleiing vart tilsett og eit rehabiliteringsteam vart etablert. Styringsgruppa, prosjektgruppa, og forskningsgruppa vart etablert. Det vart arrangert oppstartseminar for alle involverte.

#### 2012, mai – 2014, desember

Implementeringsperiode. Heimebuande eldre og vaksne vert inkludert, rehabilitert og avslutta kontinuerleg. Data vert innhenta kontinuerleg i forskningsprosjektet. Ein arbeider med informasjonsspredning av prosjektet.

#### 2014 - våren

Den brukarretta delen av prosjektet vert avslutta og ein vurderer om kvardagsrehabilitering skal bli ein integrert del av helsetenesta på Voss.

#### 2015 -16

Det vert gjort dataanalyse og resultat vert publisert.

- **FAKTA** Voss er mellom dei kommunane som er komen lengst i erfaringsutvikling når det gjeld kvardagsrehabilitering. Prosjektet har sterkt innslag av brukarmedverknad gjennom interesseorganisasjonar. Kommunen har gjennom prosjektet Vossmodellen kome tidlig i gang. Det har vore kvalitativ og kvantitativ forskning tilknytt frå starten av, og Voss er den einaste kommunen i Noreg med randomisert kontrollert studie på effekt av kvardagsrehabilitering.



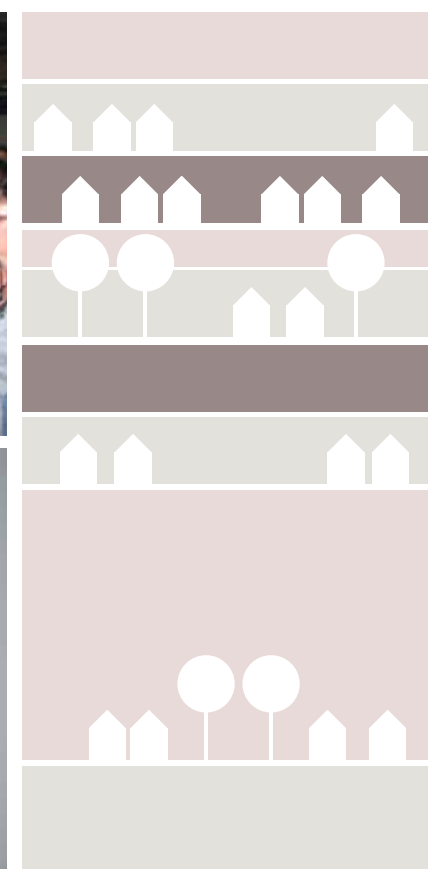
## BAKGRUNN OG KUNNSKAPSGRUNNLAG

### VOSS KOMMUNE

Voss kommune med rundt 14.000 innbyggjarar, har samanlikna med fylket (4.6 %) og resten av landet (4.5 %), ein stor del eldre over 80 år (6.7 %) (Statistisk sentralbyrå, 2012). I forhold til Kommuneplanen 2011-2022 skal Voss kommune i samsvar med samhandlingsreforma legge betre til rette for raskt mottak av pasientar etter sjukehusopphald. Vidare har kommunen vedteke ein strategi for førebygging som vektlegg å flytte fokus frå reoperasjon til førebyggjande arbeid (Voss kommune, 2009). Både befolkningsgrunnlag og kommuneplan tilseier auka behov for innovasjon i eldreomsorga. Me har stor tru på at me vil oppnå effekt med redusert bruk av heimetenester hjå dei involverte brukarane gjennom Vossmodellen. Dette er viktig i ei tid der ressursar og behov ikkje går opp. Dersom me kan hjelpe nokre til å klare seg sjølv, frigir me tid og ressurs som kan forvaltast betre til fordel for dei som har ei faktisk omsorgstrong.

### VALG AV MODELL

Mange kommunar i Noreg er i gang med kvardagsrehabilitering, sterkt inspirert av gode resultat i Danmark og Sverige. Voss sin modell, Vossmodellen, skil seg ut ved at me har valgt ei organisering med tanke på å få til endring av kultur i heimetenestene. Dette fordi me tenker at dersom me skal kunne skape varig positiv endring så er det viktig med felles forståing og fruktbare samarbeidskanalar. Me har stor tru på at eit paradigmeskifte vil auke trivselen hjå arbeidstakarar, være eit bidrag til størst mogleg sjølvstende hjå den enkelte brukar, og på den måten være med å bidra til rasjonell og effektiv drift innan helse og omsorg i Voss kommune. Me tenker at eit samarbeid mellom involverte partar, tverrfagleg kompetanse, og sterk brukarmedverknad, gir eit raskare rehabiliteringsforløp, meir varig resultat og ein meir innhaldsrik arbeidskvardag. Me vonar at ringverknadene vil være at alle tenesteytarar innan pleie og omsorg vil ha auka fokus på brukarane sine evner, restevner og potensiale. Val av modell er også gjort med tanke på kostnadseffektiv rehabiliteringsforløp. Når ein tenker seg at avstandane i Voss kommune er relativt store vil det være dårleg kapasitetsutnytting dersom eit spesialteam skulle reise på daglege heimebesøk. Me veit og at det ville utløyst meir ressursstrong då dette ofte er brukarar som har ulike tenester frå kommunen i oppstart og intervensjonsfasen. Koordinering ift brukar si tid og kapasitet ville vorte vanskeligare å fått til å gå opp med terapeutane (spesialteamet) sin arbeidskvardag. Mykje køyretid vil og bli spart. Eit samarbeid med heimetenestene gjer at me kan nytte dei daglege aktivitetane til effektiv trening, gjennom rett vegleiing, til overraskande lite ekstra ressursbruk. Eigarskap til modellen/ arbeidsmetode gjev ei samla felles forståing både av intensjon og effekt. Dette er viktig også med tanke på rekruttering av kandidatar til kvardagsrehabilitering i Vossmodellen. Tanken er at heimetenestene også vil leite blant sine brukarar etter dei som kan ha nytte av ein målretta, og tidsavgrensa innsats.



## GJENNOMFØRING AV METODE

### PRAKSIS

Ved forvaltningskontoret arbeider ein sjukepleiar og ein vernepleiar som har spesielt ansvar for å identifisere brukarar som kan være aktuelle å tilby kvardagsrehabilitering. Eit team av bachelorutdannet tilsette (ergoterapeut, fysioterapeut) kartlegg kandidatane, og har ansvar for å lage rehabiliteringsplan med bakgrunn i dei måla kandidaten set seg. Teamet har og som oppgåve å vegleie heimetenestene i korleis trening og tilpassa hjelp skal gjerast. Kven som utfører den daglige treninga avheng av kva aktivitet det vert trent på, og kva anna teneste den aktuelle personen har. Ein bruker dei hjelparane som skal innom vedkommande og yte hjelp. Det kan være sjukepleiar, ergoterapeut eller fysioterapeut, men det vil ofte være assistent, heimehjelp, eller helsefagarbeidar. Terapeutar frå teamet er innom for trening og vurdering minst 2 gonger pr veke. Ein vektlegg at det vert gjort tverrfagleg vurdering for best framdrift og måloppnåing. Kandidaten får tett oppfølging av terapeutar og heimeteneste, med trening i ADL ferdigheter, spesifikk funksjonstrening, og tilrettelegging. Etter max 3 månader, eller ved måloppnåing, vert intervensjonen avslutta. Ein slik avtalt, avgrensa, tidsperiode viser seg å være eit godt virkemiddel for framdrift og motivasjon.

Etter at brukaren har fått informasjon muntleg og skriftleg, og samtykka til deltaking vert det gjennomført kartlegging. Denne vert gjennomført av høgskuleteamet, og i praksis er det ergoterapeut eller fysioterapeut som utfører. Intervensjonsgruppa får vedtak på kvardagsrehabilitering som teneste i inntil 3 mndr. Når kvardagsrehabilitering er iverksett er brukar sine målsettingar og rehabiliteringsplan tilgjengeleg i samarbeidsperm hjå brukar, og i elektronisk pasientjournalssystem. Det vil og stå på arbeidslista til heimesjukepleien/heimehjelparane, på lik linje med medisinerlevering, praktisk hjelp mm, at vedkommende skal ha kvardagsrehabilitering. Slik vert den som er innom brukaren bevisst at her er det avtalt at det skal trenast. I tillegg har me vekentlege samarbeidsmøte om brukarane for god tverrfagleg vurdering, og intervensjon, samt effektivt og praktisk samarbeid.

### FLEKSIBILITET

Me har hatt sterkt fokus på at tenesta skal være gjennomførbar. I praksis vil det sei at me nyttar mest mogeleg uformelle møtepunkt for å samsnakkast/samarbeide rundt brukar. Teamet med høgskuleutdanna (ergo/fysioterapeut) står som motor i framdrift av rehabiliteringsforløpet, og er ein likestilt part med heimetenestene som bidragsytar inn i intervensjon. Høgskuleteamet sikrar at dialogen med hjelparane rundt brukarane er god, mellom anna ved vekentlege lunsjmøte med sonene. Denne uformelle møteplassen gjer at me møter mange i heimetenestene på same tid, og kan innhente og gi informasjon frå/til mange kollegaer. På denne måten får høgskuleteam og tilsette i sonene utveksle verdifull erfaring utan at me treng formalisere møtepunkt, og slik bli ein ekstra belastning i ein til dagleg pressa arbeidskvardag. Høgskuleteamet har og som oppgåve å evaluere plan og iverksette nye tiltak.

Me ser det som svært viktig med ei fleksibel haldning mellom yrkesgrupper. Det gjennomfører ein mellom anna med at me avhjelper kvarandre med arbeidsoppgåver. I praksis kan det være at når terapeutane har sine besøk hjå brukar så utfører dei arbeidsoppgåver som heimetenestene skulle gjort hos brukar den dagen, det kan være å lage frokost, hjelpe med dusj, el. Dette ser me som viktig for effektiv og rasjonell gjennomføring, og som avlastning for meir oppgåver for heimetenestene, på same tid som det gir verdifull erfaring/informasjon i samband med planlegging av intervensjon. Det er viktig at me ser heile situasjonen rundt brukaren, og kan relatere intervensjon og aktivitet inn mot heimesjukepleien sin arbeidskvardag. På same tid gjer dette rom for at heimesjukepleien, hjå andre kvardagsrehabiliteringsbrukarar, kan bidra med ekstra oppfølging i periodar.

Me sikrar kvalitativ god oppfølging ved at dersom det til dømes er trong for meir spesialisert funksjonstrening så fylgjer terapeut det opp med ekstra besøk for hyppig nok trening. Øvingar som heimetenestene skal utføre saman med brukar er av enklare karakter, illustrert og beskrive i perm hjå brukar, samt demonstrert i praksis under lunsjmøta. Terapeutane si oppgåve vert å sikre enkle, effektive øvingar for best mogeleg kvalitet. Tanken er at det gagnar brukar best om han/ho får hyppig grunnleggande kvalitativ god trening i tillegg til eventuell trening som krev meir spesialisert tilnærming. Terapeutane har og ansvar for gradert plan for ADL trening, og tilrettelegging. Me tenker at all kunnskap og kompetanse er like sentral, og at kunsten vert å lage rom for å flette saman kunnskapen til ei kvalitativ god teneste for brukar, med god framdrift.

Intervensjon varer inntil 3 mndr, med rekartlegging etter 3 mndr, og 9 mndr for både intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Dei som har fått intervensjon vert kartlagt i forhold til tenestebruk også etter 15 mndr. Kontrollgruppa får tilbod om kvardagsrehabilitering etter 9 mndr.

### VIKTIGE FAKTORAR FOR FRAMDRIFT OG SAMARBEID ER:

- Dialog rundt brukar ved oppstart.
- Digital rehabiliteringsplan i elektronisk pasientjournalssystemet – teneste kvardagsrehabilitering.
- Kommunikasjonsperm hjå brukar, med mål, plan, registreringsark for tjenesteutføring, og kontaktinformasjon.
- Vekentlege møte mellom høgskuleteam og sonene.
- Vedtaksbasert teneste.
- Tidsavgrensa teneste.

## UTFALLSMÅL/KARTLEGGING

### COPM

Eit viktig suksessmoment har vore sterk brukarmedverknad. Gjennom bruk av kartleggingsskjemaet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) sikrar me at det er brukar sine personlege mål som danner grunnlag for rehabiliteringsplan. Som aktiv deltakar i formulering av eigne treningsmål er rehabiliteringsforløpet meiningsfullt og motiverande for brukaren.

COPM er eit klientsentrert kartleggingsredskap som bidreg til sterk påverknad og råderett over eigen rehabiliteringsprosess. (Kjeken.I., 2004). Kartleggingsinstrumentet er utforma slik at det er brukaren som definerer problemområde/vanskar i aktivitetar og gjeremål, og som sjølv prioriterer mellom disse. Opptreninga skjer slik på bakgrunn av kandidaten sine eigne aktivitetsmål. Enten det er å klare å kle på seg, lage mat, gå tur med hunden, eller å delta i aktivitetar utanfor heimen (NOU 2011:11).

### TUG

Eit redskap som er utvikla for å sei noko om eldre sin balanse, gange og fallrisiko (Posiadlo & Richardson, 1991). I praksis måler ein kor lang tid det tar for ein person å reise seg frå ein stol med armlener, gå 3 meter, snu, gå tilbake til stolen og sette seg ned igjen. Ein vil her sjå på om det er endring i utføring (med eller utan hjelpemiddel) eller i tid. Ei forbetring på 3,6 sekund vil være å sjå som vesentlig endring som kan påverke dagleglivet. Brukarane vil bli vurdert ved oppstart, etter 3 mndr, og 9 mndr. Sistnevnte for å sjå om eventuell endring varer over tid.

### COOP/ Wonka

Eit generisk instrument som vert nytta i primærhelsetenesta for å undersøke funksjonsevne hjå personar med kronisk sjukdom (Weel, 1993). COOP/Wonka dekkjer områda fysisk form, kjenselmessige vanskar, daglige gjeremål, sosiale aktivitetar, endring i helse og samla helsestilstand. Instrumentet har vist seg å være ein rask og enkel måte å avdekke helseproblem på hjå heimebuande personar.

### Jamar Dynamometer

Kartlegging av handkraft, som assosiasjon til generell muskelstyrke og funksjon (Garcia m.fl., 2011). Bruker grip så hardt han/ho kan rundt ein gripeinnretning i 6 sek. Begge hender vert testa 3 gonger, gjennomsnittsskåren gjeld. Jamar dynamometer er testa for validitet (Bellance m.fl., 2000) og reliabilitet (Mathiowetz, 2003). Normative data for eldre er å finne (Massy-Westropp m.fl. 2004, Peters M.fl. 2011).

## FORSKNING

Det inngår 5 delstudier i forskningsdelen av Vossamodellen.

Forskinga blir utført av Høgskulen i Bergen, og Senter for omsorgsforskning Vest med finansiering fra Regionalt forskningsfond Vestlandet. Resultata vil bli publisert internasjonalt og formidla nasjonalt, slik at internasjonale fagmiljø og norske kommunar kan gjere seg nytte av disse.

### DELTIDSTUDIANE ER:

1. Randomisert kontrollert studie over effekt av kvardagsrehabilitering ift funksjonsnivå.

2. Økonomisk analyse av kommunal ressursbruk ved kvardagsrehabilitering.

3. Kvalitativ analyse av endringer i jobbtfredshet hos involvert helsepersonell.

4. Kvalitativ analyse av deltakarane sine erfaringar ved å delta i kvardagsrehabilitering.

5. Kvalitativ analyse av pårørande sine erfaringar.

## FØREBELS RESULTAT

### EFFEKT PÅ FUNKSJONSNIVÅ

#### Pr august 2013

Oversikt over kandidatar si oppleving av endring i "utførelse" og "tilfredshet" ift egne målsettingar, målt med COPM (gjeld dei 39 kandidatane som var analysert pr august 2013)

Kandidatane tilhører både intervensjonsgruppa og kontrollgruppa i den randomiserte studien:

SNITTALL	Kartlegging ved baseline (oppstart) (N=39)	Kartlegging ved 3 månader (N=24)	Kartlegging ved 9 månader (N=10)
"UTFØRELSE" AV AKTIVITETEN	2,44	6,81	5,66
"TILFREDSHET" OVER MESTRING AV AKTIVITETEN	2,57	6,77	6,18

*1 er dårligste skår og 10 er beste skår subjektivt definert av deltakar sjølv.*

Ein kan her sjå at sumskår ved baseline er henholdsvis 2,44 for utførelse og 2,57 for tilfredshet, som generelt er låg skår. Det vil sei at deltakarane ser seg sjølv som relativt dårleg fungerande i sine aktivitetar. Dei er på same tid lite tilfredse med det. Resultata viser at sumskår for utførelse går frå 2,44 (baseline) til 6,81 (3 mndr) og så til 5,66 (9 mndr). For tilfredshet er skåren frå 2,57 (baseline) til 6,77 (3 mndr) og så til 6,18 (9 mndr). Det er med andre ord vel 4 poengs framgang fra baseline til 3 mndr i begge kategoriar, med ein svak nedgang til 9 mndr. Ei endring i skår på to poeng eller meir med vert rekna som ein klinisk relevant forskjell. Samla sett er dette gode resultat, men ein veit enno ingenting om forskjellen mellom inter-

vensjonsgruppa og kontrollgruppa. Ein må her ta med at pr august 2013 er det ved 3 mndr ei gruppe på 24 deltakarar og ved 9 mndr ei gruppe på 10 deltakarar. Dess færre deltakarar, dess mindre sikre er dataene. Det er p.t. ikkje utført signifikanstesting.

Materiale så langt indikarar at kvardagsrehabilitering gjer ein forskjell for desse brukarane. Etter endt rehabilitering, og over tid, klarar dei seg i større grad sjølv, med mindre offentleg hjelp. Eit tydelegare bilete vil likevel ikkje føreligge før forskningsdataene vert ferdigstilt.

#### Pr november 2013

45 pasientar er inkludert i studien, og det vil vere i alt 61 som er inkludert ved slutten av prosjektperioden. 22 av desse har fått kvardagsrehabilitering og resterande er i kontrollgruppa. Alle deltakarane i prosjektet vert kartlagt ved oppstart, etter 3 mndr, og 9 mndr. Samt at dei som får rehabilitering også vert kartlagt etter 15 mndr.

*Me kan vise til fleire gode resultat, der brukarar har redusert kraftig på sine tenester, eller avslutta dei heilt.*

*Foreløpige tal frå studien viser betring hjå deltakarane som varer over tid. Tatt i betraktning av desse tala også innhald kontrollgruppa er det grunn til å tru at den positive endringa over tid er enno betre hjå den enkelte enn dei resultatata som ligg føre i tala her.*



## ERFARINGAR MED MODELLEN

Til forskjell frå andre kommunar som driv kvardagsrehabilitering har me valgt ein modell med tett samarbeid med heimetenestene. Største delen av trening og rehabilitering utfører heimetenestene. På denne måten kan brukar få tett oppfølging gjennom heile døgeret. Høgskuleteamet som har ansvar for kartlegging, rehabiliteringsplan og evaluering er bidragsytarar med sin fagkompetanse. Ein modell med integrering av kvardagsrehabilitering i heimetenestene ser me som viktig for at alle i organisasjonen har brukar sine ressursar i fokus, slik at ein yter nødvendig og riktige type teneste.

Me erfarer å ha godt samarbeid mellom terapeutane og heimetenestene, og å ha oppnådd gode resultat. Me ser også kor viktig det er med eit team som har framdriftsansvar, då våre samarbeidspartar i heimetenestene har nok med fokus på daglege gjeremål. Vidare ser me ringverknader, av felles forståing og eigarskap til modellen, i form av at heimetenestene allereie rekrutterer kandidatar som dei meiner kan ha nytte av kvardagsrehabilitering. At kvardagsrehabilitering er vedtaksbasert teneste ser me som vesentleg for eit forpliktande samarbeid. Dette for å unngå at tenesta vert prioriterte bort. Me erfarer også at heimetenesten ikkje har særskildt stor auke i tidsbruk pr brukar, i rehabiliteringsforløpet. I praksis utvidar me heimebesøka med nokre minutt for å ha tid til meir aktiv deltaking frå kandidat, eller for å gjennomføre treningsøvingar saman med vedkomande. I dei fleste tilfeller kjem tidsreduksjon raskt.

## SPREIING AV INFORMASJON

I prosjektet blir det lagt vekt på å nå ut til andre kommunar med informasjon om framdrift og effekt. Ein nyttar dei kanalane som Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland har, til dels gjennom sentrale nettsider, kontaktar og møter med andre kommunar, konferansar m.v. Gjennom Utviklingssenteret har ein også sentrale kontaktar med Fylkesmannen, KS og andre utviklingssentra i regionen. I tillegg er erfaring frå prosjektet kontinuerlig presentert på ei rekke regionale og nasjonale konferansar, og ein arrangerer eigne seminar på Voss for andre kommunar. Frå forskningssida vert det satsa på at det blir publisert 4 artikler i fagfelleverderte tidsskrifter.

Modellen har fått stor merksemd, med mange henvendingar frå kommunar, høgskular og forskarmiljø. Prosjektleiar for praksisdelen har brukt mykje tid på telefonisk kontakt og vegleiing av kommunar i oppstart og i praksis. Erfaringar vil og bli presentert i komande lærebok om kvardagsrehabilitering.

## VEDLEGG - referanseliste

- Bellance J. V., Healey D., Besser M.P., Byron T., Hohmann L. Validity of the Dexter Ecluation System`s Jamar Dynamometer Attachment of Hand Grip Strenght in a Normal population. *Journal of Hand Therapy* 2000, Jan-Mar 13 (1): 46 -51.
- Garcia PA, Dias JMD, Dias RC, Santos P, Zampa CC. A study on the relationship between muscle function, fuctional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Rev. Bras.Fisioter* 2011, 15 (1): 15-22.
- Kjekken I., Slatowsky-Christensen B., Kvien TK., Uhlig T. Norwegian Version of the Canadian Occupational Performance Measure in Patients With Han Osteoarthritis: Validity, Responsiveness and Feasibility. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2004, 51 (5): 709-715.
- Massy-Westropp N., Helath M., Rankin W., Ahern M., Krisnan J., Hearn TC. Measuring Grip Strenght in Normal Adults: Reference Ranges and a Comparison of Electronic and Hydraulic Instruments. *The Journal of Hand Surgery* 2004, 29 (3): 514-519.
- Mathiowetz V. Comparison of Rolan and Jamar dynamometers for measuring grip strenght. *Occupational therapy international* 2003, 9 (3): 201- 209.
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.
- Posiadlo D, Richardson S. The Timed "Up and Go": A test for basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991, 39 (2): 142-148.
- Weel, C.V. Functional status in primary care: COOP /Wonka Charts. *Disability and Rehabilitation* 1993, 15( 2):96-101.

## VEDLEGG - viktige milepeler i kompetansehevinga

### OKTOBER 2011

Oppstartsseminar der målgruppe var lokalpolitikarar, kommunal forvaltning, leiarar, tillitsvalgte, helsepersonell og heimhjelparar i Voss kommune, prosjektert styringsgruppe, Voss sjukehus, eldrerådet, og kommunalt råd for funksjonshemma.

### JANUAR 2012

(1) Administrasjon og prosjektgruppa deltok på Uddannelsescentret Fredericia på erfaringsseminar etter "Prosjekt Længst muligt i eget liv" i Fredericia. Dag to hadde ein besøk på Teknologisk center i Odense.

(2) Hospitering ei veke for ergoterapeut, sjukepleier v forvaltningskontoret, og koordinator for heimhjelparar, i Kolding kommune, Danmark. Her fekk ein fylgje alle profesjonar/funksjonar innan heimetenesta/heimerehabilitering, samt møte brukarar.

### MARS 2012

(1) Kurs i COPM for ergoterapeut.

(2) Intern opplæring i bruk av kartleggingsredskapa.

### MAI/JUNI 2012

Ergoterapeut og sjukepleiar deltok på kurs i helsepedagogikk, 4 dg.

### NOVEMBER/DESEMBER 2012

Ergoterapeut hospiterte på kurs i livstilsendring, 4 dg.

### NOVEMBER 2012

(1) Ergoterapeut og fysioterapeut i høgskuleteamet, samt prosjektleiar, deltok på kurs i motiverande samtale.

(2) Hospitering i ei veke frå fysioterapeut, sjukepleier frå ei sone, og hjelpepleier frå ei sone, i Esbjerg kommune, Danmark. Kor ein fekk fylgje alle profesjonar/funksjonar innan heimeteneste/heimerehabilitering, samt møte brukarar.

### DESEMBER 2012

Intern erfaringsssamling om Vossmodellen. Alle sonene deltok.

### NOVEMBER 2013

November 2013, prosjektleiar og leiar for fysioterapi tenesta deltok på erfaringskonferanse i hverdagsrehabilitering i Trondheim.





BERGEN KOMMUNE

*Vossamodellen / Halvtidsrapport 2013 / Artikkelserie 1/14*



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**

Hordaland

UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

Teatergaten 41, 4. etg

Postadresse PB 7700

5020 Bergen

[utviklingscenter@bergen.kommune.no](mailto:utviklingscenter@bergen.kommune.no)

[www.bergen.kommune.no/utviklingscenter](http://www.bergen.kommune.no/utviklingscenter)