



**Fylkesmannen
i Buskerud**

Prosjekt «Mestring av hverdagen»

– en styrking av kompetanse og kvalitet på kommunens arbeid med brukere med ervervet nevrologisk skade eller sykdom, og evaluering av effekt av tverrfaglig gruppebasert mestringsmodell.



**DRAMMEN
KOMMUNE**



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**
Buskerud

Jeg vil rette en takk til alle deltakere i gruppene. Dere har hjulpet dere selv, bidratt til hjelp for andre og for oss!

Takk til den tverrfaglige medarbeidergruppen; Sykepleier Gunvor Lærum, Fysioterapeut Siri Mile og Ergoterapeut Christin Tjømmøe Bekkelund. Håper dere får nytte av kunnskapen dere har fått i arbeidet deres videre.

Takk til styringsgruppen for tilliten og tålmodigheten til å la prosjektet bruke tre år på å etablere seg. En takk rettes også til Bjørg Th. Landmark, rådgiver FoU fra Utviklingsenheten for god veiledning og støtte underveis i prosjektperioden.

*Drammen 29.01.15
Prosjektleder
Randi Klemetsen
Rådgiver Helsetjenesten*

Innhold

Bakgrunn for prosjektet.....	4
Nevroplan 2015	6
Effekt mål	7
Resultatmål	8
Forekomst	8
Sammendrag	9
Metodevalg	9
Helsepedagogikk	10
Gruppet metode	12
Fast struktur	12
Kvantitative kontra kvalitative metoder	13
Dokumentasjonsplikten	15
Samtykkeerklæring	15
Rekrutterings og informasjonsarbeidet	15
Kartleggingssamtalen	16
Oppsummeringssamtale og re-samling etter 3 måneder	16
Pårørende	16
Presentasjon av resultatene	16
Prosjektets erfaring med gjennomføringen	17
Oppsummering av gruppenes prosess	18
Prosentvise tall fra gruppe 1-8	19
Resultater fra kartleggingsverktøy	20
Brukernes tilbakemeldinger	24
Effekt av samarbeid med andre prosjekter og frivillige	28
Implementering fra Prosjekt til vanlig drift	29
Appreciative Inquiry (AI)	29
Vedvarende forbedring	32
Kritiske suksessfaktorer	32
Hovedkonklusjoner og refleksjoner holdt opp mot målene for prosjektet	37
Litteraturliste	39
Vedlegg 1. Motiverende intervju, endringsfokusert rådgivning (MI)	41
Vedlegg 2. Brosjyren	43
Vedlegg 3. Spørreskjema til pårørende	44
Vedlegg 4. Beskrivelse av modellen	45
Grunntanken	45
Strukturen	45
Tema på gruppesamlingene	46
Vedlegg 4. Intervjuguide AI	50
Vedlegg 5. Konsekvenser for praksis – rammeforslag for videre drift	51

Bakgrunn for prosjektet

Personer med nevrologiske skader og sykdommer har ofte behov for et langvarig og omfattende tjenestetilbud. Alt i alt er ca. én av 20 mottakere av hjemmetjenester en yngre person som har en nevrologisk lidelse som sitt hovedhelseproblem.

Nevrologiske sykdommer og skader kan være både medfødte eller ervervede, og fører oftest til endring eller svekkelse av funksjoner på flere områder. Det er store variasjoner mellom ulike sykdommer og skader, mellom personer med samme tilstand samt i sykdoms- og rehabiliteringsforløpet. De vanligste utfallene ved de nevrologiske tilstandene er lammelser, sansetap og kognitive svikt. I tillegg kommer en rekke komplikasjoner som smerter, spasmer, organsvikt og sitte - og liggesår som reduserer livskvaliteten for mange

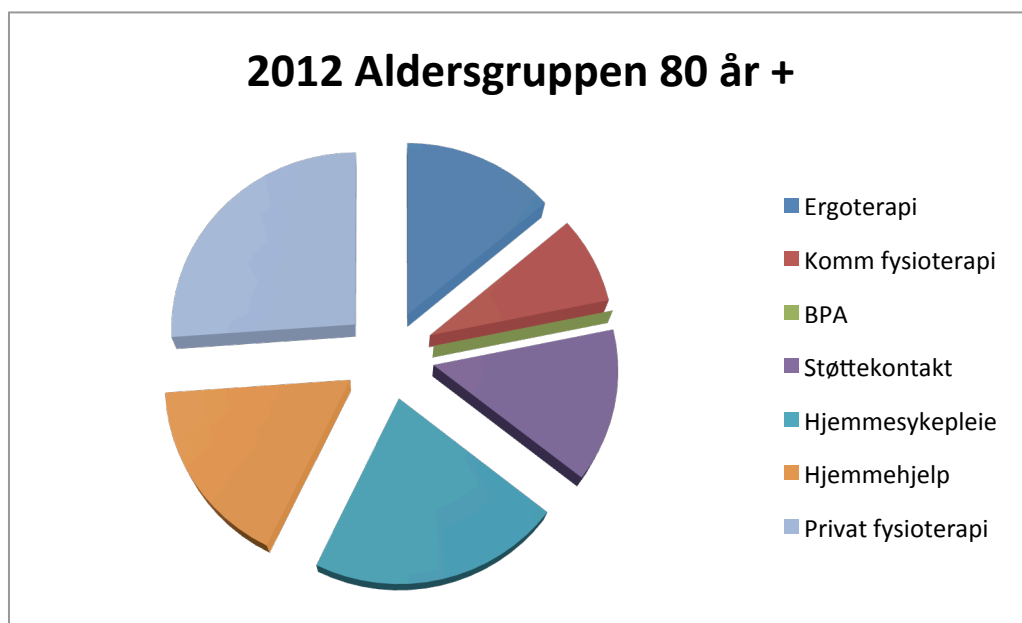
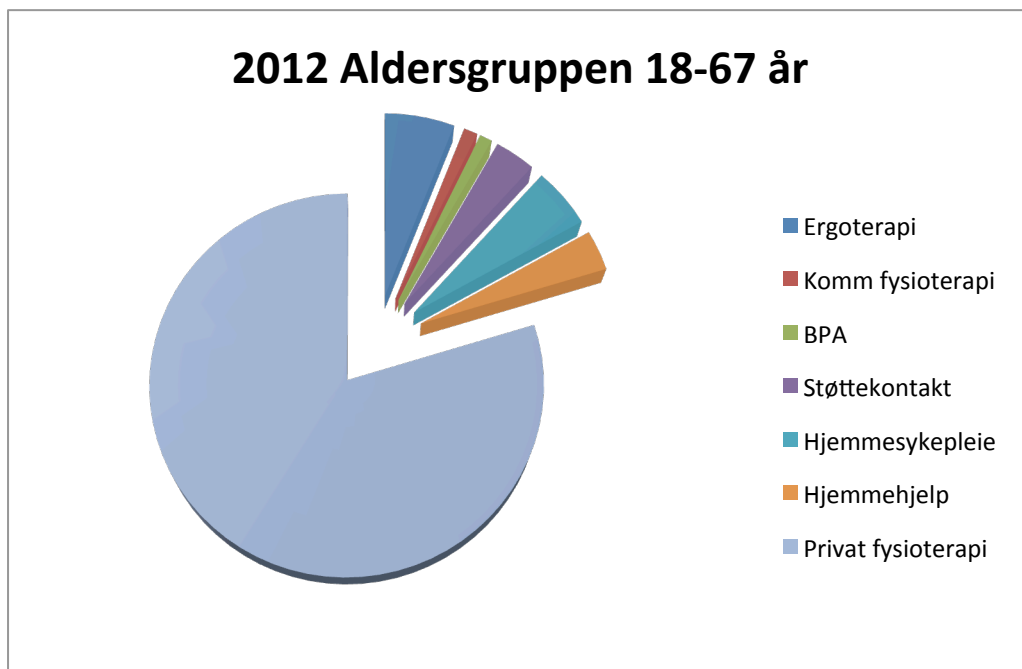
(1) " Yngre personer med nevrologisk sykdommer eller skader". Rapport nr. 1. Senter for omsorgsforskning, Gjøvik. (Romøren TI, (2009)

De sykdommene og skadene som er inkludert i de studiene det henvises til er:

- Multippel sklerose (MS)
- Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)
- Progredierende muskelsykdommer
- Hjerneskader etter ulykker
- Lammelser etter ulykker
- Hjerneslag
- Hjernesvulst
- Parkinsons sykdom
- Cerebral parese (CP)
- Andre nevrologiske sykdommer

Yngre brukere, personer mellom 18-67 år, har hatt den sterkeste veksten i bruk av omsorgstjenester de siste 10 år, samtidig som tilbudet ikke alltid "treffer" disse yngre brukernes behov. Undersøkelser blant mennesker med nedsatt funksjonsevne viser at helseproblemene i disse gruppene delvis skyldes funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, men i stor grad også har sammenheng med miljø- og livsstilforhold som kan påvirkes (Romøren 2009).

Tall hentet fra Drammen kommunes elektroniske journalsystem Gerica for 2012, viser at bruken av BPA er større blant yngre brukere enn eldre. Statistikk over privat fysioterapi viser at det er betydelig flere brukere i aldersgruppen 18 – 67 år som benytter denne tjenesten enn de i aldersgruppen over 80 år.

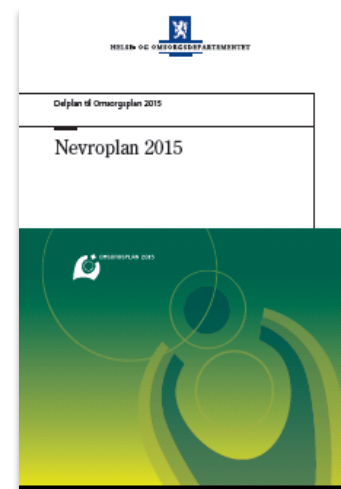


Nevroplan 2015

Nevroplan 2015 (2) er en av delplanene innenfor Omsorgsplan 2015 og er utarbeidet på bakgrunn av Fagrapporten ”Fleksible tjenester – for et aktivt liv” SI - 1875. (3). Denne har fokus på hvordan en kan forhindre at sykdom forverrer levekårssituasjonen ved å gi redusert sosial inkludering, reduserte muligheter for en sunn livsstil og derav ytterligere forverret helsesituasjon.

Fagrapporten etterlyser økt satsing på faglig utviklingsarbeid, aktivitet og treningstilbud samt informasjon og ny kunnskap. Det uttrykkes et behov for sterkere satsing på tilbud til yngre kronisk syke og personer med funksjonsnedsettelse. Dette er også tidligere uttrykt gjennom rundskrivet ” I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud”. (4). Her å pekes det på at godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller kan bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Slike tilbud kan også være avgjørende avlastningstiltak for nære pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon. Hvilke forebyggende aktiviserings- og velferdstiltak en kommune skal tilby vil variere ut fra lokale behov og forutsetninger. En kommune kan selv velge å drive slike tiltak, eller tilby tiltak i samarbeid med andre, gjerne lokale frivillige organisasjoner.

Tjenestetilbudene må avspeile individuelle ulikheter, og bygge både på personens muligheter og begrensninger. Det anbefales å etablere et tre-årig utviklingsprogram med tilskudd for å etablere og prøve ut ulike modeller for dagtilbud. Formålet er å fremme utvikling av tilpasset dagtilbud med ulike aktiviteter til målgruppen 18-67 år.



Departementets mål med Nevroplanen er å:

- Styrke kompetanse og kvalitet i den Kommunale helse- og omsorgstjenesten til personer med nevrologiske skader og sykdommer
- Sikre økt kunnskap og bevissthet om nevrologiske tilstander blant beslutningstakere i kommunene, omsorgstjenestens ansatte og pårørende
- Utvikle nye arbeidsformer og tiltak som møter disse brukergruppens behov
- Bidra til bedre samordnet og helhetlig tjenestetilbud, gjennom tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og samarbeid med øvrige kommunale tjenester, skole og utdanning, arbeidsplasser, NAV, boligsektor og andre samarbeidspartnere
- Sikre fornyet og økt tillit til at oppgaveendringer er resultat av en villet og planlagt politikk

Helse og omsorgsdepartementet ønsket på bakgrunn av rapporten en vurdering av om dagens helse- og omsorgstjenester er riktig tilrettelagt og utformet for personer med nevrologiske tilstander.

Drammen kommune fikk tilskudd etter søknad om midler fra Helsedirektoratet. Prosjektets varighet var i utgangspunktet fra august 2011 til utgangen av 2012. Prosjektet ble deretter forlenget etter nye søknader og avsluttet 31. desember 2014.

Overordnet prosjektansvarlig er helse og omsorgsdirektør. Styringsgruppen bestod av interne virksomhetsledere, for å sikre en god ledelsesforankring, Kommuneoverlege og representant for fastlegene samt en representant fra Fylkesmannen. Faglig veiledning ble ivaretatt av kompetansen kommunen hadde i intern FoU. Kontakten med sykehuset ble vurdert ivaretatt av samarbeidsmøte med Nevrologisk avdeling, Nevrologisk poliklinikk og Lærings- og mestringscenteret. Brukerperspektivet ble vurdert ivaretatt ved at valg av tema i modellen i stor grad er hentet fra Fagrapporten "Fleksible tjenester – for et aktivt liv", hvor brukerorganisasjonene var delaktige. Modellutformingen startet dessuten opp med en "Pilotgruppe" bestående av brukere med ulikheter i forhold til alder, kjønn, etnisk bakgrunn, diagnose og varighet av sykdom. Hensikt med dette var å søke brede tilbakemeldinger i forhold til både innhold og form på modellen. Videre er modellen utviklet med rom for fleksibilitet slik at brukernes innspill, refleksjoner og ulike behov bidrar til utformingen underveis. Modellen er også forelagt en erfaren bruker fra en annen kommune som ikke deltok i tilbudet, men som fikk i oppdrag å vurdere modellen ut fra en "kritisk venns perspektiv". Dette har gitt nyttige innspill og innblikk i et perspektiv vi ikke nødvendigvis selv kunne forutse.

Prosjektet har en avgrensning i forhold til å lage et tilbud til brukere med ervervet nevrologisk lidelse. Aldersgruppen prosjektet omfatter er 18-67 år, eller mennesker i arbeidsfør alder. Deltakelse i arbeidslivet er imidlertid ikke et kriterium. Eksklusjonskriterium for tilbudet har vært store kognitive og språklige vansker, som gir utfordringer med å delta i en vanlig samtale.

Bruk av tolk ble diskutert, og ble initialt sett på som en utfordring. Rusproblematikk og betydelige psykiske problemer ble også vurdert som ikke egnet for gruppen. Prosjektet er berammet med 3 medarbeidere i tillegg til prosjektleder. Det ble vurdert muligheten av å drive 2 grupper parallelt for å få igangsatt tilbudet for så mange brukere som mulig. Det ble likevel besluttet i prosjektperioden å benytte ressursene én ukedag og la prosjektmedarbeiderne drive en gruppe sammen og med ulike roller i gruppen fra uke til uke. Hensikten med dette var å få til en bedre tverrfaglig erfaringsutveksling og læring for de ansatte og en bredere faglig tilnærming for brukerne.

Effektmål

Prosjektet har utviklet en modell som bidrar til meningsfulle aktivitetstilbud i tilstrekkelig omfang og til rett tid, i den hensikt og redusere den enkelte deltakers/brukers hjelpebehov på sikt.

Prosjektet har bidratt til kvalitetsutvikling av kommunens tjenester til deltaker/brukere med nevrologiske sykdommer og skader.

Brukerrepresentanten bør selv ha sykdom/skade eller være nær pårørende. De skal ikke alltid synes det ha vært lett, men takler situasjonen nå. De skal kjenne til andre med sykdom, slik at de er klar over at ikke alle har det akkurat som dem selv (Helsepedagogikk, Vifladt og Hopen 2004).

Resultatmål

- Prosjektet sørger for å gjennomføre tiltaket som igangsettes i forhold til brukerne i målgruppen.
- Prosjektet sørger for å nå ytterligere mål og tiltak som besluttes underveis i prosjektperioden, samt å fremme samarbeidseffekter med andre prosjekter eller tiltak internt i kommunen eller andre Nevroplan 2015 prosjekter eksternt. (Rapportering årlig til Helsedirektoratet.)
- Prosjektet overholder de økonomiske- og ressursrammer som er besluttet.
- Prosjektet bidrar til at kommunen tilegner seg økt kunnskap om:
 - Nytten av en tverrfaglig og helhetlig mestringsmodell for deltaker/brukere med nevrologiske sykdommer og skader.
 - Nytten av mestringsmodellen underveis 3 mnd etter at deltaker/brukere har benyttet tilbudet.
 - Pasienten/brukers vurdering av egen medvirkning i mestringsopplegget.
 - Pårørendes opplevelse av nytte for bruker.
 - De ansatte i prosjektets opplevelse av økt kompetanse på fagfeltet.

Forekomst

Tall fra IPLOS kartlegging for 2008 viser at det totalt er 260 824 mottakere av tjenester fra kommunene. Diagnoser er rapportert på 65 348 personer (ca 25 %). Av disse hadde 12 883 (20 %) en nevrologisk diagnose. Ca 30 % av utvalget med nevrologiske diagnoser var personer under 67år. Hos mottakere av tjenester under 67 år, dominerer diagnosene multippel sklerose (MS), hjerneslag, medfødte feil i nervesystemet, skader i nervesystemet, hodeskader og epilepsi. Antall personer med MS er dobbelt så stort i gruppen 50-66 år som i de lavere aldersgruppene. Antall personer med Parkinsons sykdom og hjerneslag er markant høyere for personer over 67 år .

(5) IPLOS 2008. <http://www.fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=44947>. (pr.11.02.11).

Undersøkelsene gjort av Romøren TI, (2009) " Yngre personer med nevrologisk sykdommer eller skader", viser også at diagnosene som dominerer er Multippel sklerose (26 %), hjerneslag (24 %) og skader i sentralnervesystemet (til sammen 20 %). Disse tilstandene har en forekomst i størrelsesorden én til fem per 1000. Parkinsons sykdom forekommer hos mellom 100 og 150 personer per 100 000 innbyggere. Forekomsten av sykdommen er økende med alder og er hyppigst diagnostisert fra 55-årsalderen. (6) Norges Parkinsonsforbund 2013.

For Drammen kommune vil tallene innebære en forekomst på fra 60 – 300 personer for hver av de vanligste skadene og sykdommene. Altså er antallet potensielle brukere opp mot 1000 personer totalt.

Tall fra 2007 viser at ca. 50 % av pasientene ved rehabiliteringsavdelingen ved Drammen geriatriske kompetansesenter hadde nevrologiske lidelser, hjerneslag dominerte bildet.

I følge pasientrettighetsloven (§ 1-3) skal kommunene sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Med gjennomføring menes: planlegging, utforming, utøving og evaluering

(7) ”Lov om pasientrettigheter” av 1999 nr 63.

Å øke evnen til å fungere med medfødt og ervervet sykdom innebærer det også at tjenestene bidrar til en så god fysisk og psykisk helse som mulig. Økt mestringsevne hos brukeren forutsetter egeninnsats, motivasjonsarbeid, bistand og råd med sikte på egen læring.

(8) Sosial- og helsedepartementet (2001) Forskrift om habilitering og rehabilitering.)

Re-/habiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig. Det innebærer at de ulike tiltakene i re-/habiliteringstilbudet, skal være koordinerte og basert på felles målsettinger for de involverte. Tilbudets innhold skal være tydelig og forutsigbart for brukere, pårørende og personell. Krav om et planmessig tjenestetilbud skal sikre kontinuitet mellom prosessene for brukere med behov for tjenester i et livsløp perspektiv. Tverrfaglighet henspiller i denne sammenheng på tjenester fra ulike faggrupper i helsetjenesten. (9) St. meld. nr 21, (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk.

Sammendrag

Prosjektet har hatt som siktemål å utvikle en tverrfaglig gruppebasert modell som skal fremme mestring og samfunnsdeltagelse for personer i arbeidsfør alder med ervervet nevrologisk skade eller sykdom.

Brukernes opplevelse av nytte og aktiv deltakelse i prosessen er målt for å gi uttrykk for modellens effekt.

Arbeidsformen har styrket kompetansen til medarbeiderne som har deltatt i prosjektet dermed kvaliteten på kommunens tilbud. Modellen som er utviklet utgjør et tilskudd til øvrige tilbud for brukergruppen i nærområdet.

Dataene som er innhentet viser at 80 % av brukerne har nådd sine personlige målsetninger for deltakelse i gruppetilbudet som er igangsatt. 93 % oppgir opplevd nytte også i 3 måneders perspektiv etter endt tilbud.

Muligheten for læring og utveksling av erfaring og kunnskap synes å være gjennomgående for manges motivasjon til deltakelse. Trivsel og et sosialt fellesskap har også vært en viktig faktor. Flere av brukerne oppgir nytte av å se likheter og forskjeller på tvers av diagnoser.

Modellen er evaluert etter anerkjente metoder for kvalitetsforbedring. Tilbudet som er igangsatt kan fortsette som et lavterskeltilbud i kommunens Lærings- og mestringssenter.

Metodevalg

En spennende utfordring for prosjektet var at brukergruppen ikke bestod av mennesker med en bestemt diagnose. Deltakerne kunne ha ulike funksjonsnivå og forventning om prognose internt i gruppen og kunne være variasjoner fra gruppe til gruppe. Det var derfor interessant i oppstartfasen å oppdatere kunnskapen om hva som skiller diagnosene fra hverandre og hvilke individuelle hensyn det var viktig å ta. Dette resulterte i søk i litteraturen og gode diskusjoner om temaene sorg og håp. Når kroppen ved en kronisk sykdom eller skade forandres og tidvis oppleves som en ”fiende,” vil det være interessant å få kjennskap til hvordan dette påvirker personen utover det fysiske og praktiske. I et fenomenologisk perspektiv kan man se på forholdet mellom *kroppen* og *selvoppfattelsen*, og hvordan disse påvirker hverandre og ikke fungerer adskilt. Finnes det fellesnevnerne for brukerne av vårt tilbud på dette området?

Det ble viktig å sette fokus på hvordan en kronisk lidelse påvirker opplevelse av livskvalitet og helse, og hvilke erfaringer brukerne har i forhold til det å takle dagliglivet, yrkesliv, sosialt nettverk og helsetjenester. Boken ”Å leve med kronisk sykdom” (Gjengedal, Hanestad Rokne) (10). bygger på studier av 1000 personer og deres erfaringer. En av konklusjonene etter møtet med brukere med MS, er at det i tillegg til tiltak som reduserer nedsatt fysisk funksjonsevne også er viktig med veiledning med utgangspunkt i den enkeltes situasjon og subjektive opplevelse av egen hverdag.

Definisjon av begrepet Livskvalitet,

(HRQOL – “health related quality of life”)

De fysiske, psykologiske og sosiale områder av helse, sett på som adskilte områder som er påvirket av en persons erfaringer, holdninger, forventninger og persepsjoner.

Individens oppfatning av deres livskvalitet kan påvirkes ikke bare av sykdom, men også ved behandlingen.”

(2004 Canadian Society for Clinical Pharmacology, Can J. Clin.)

Helsepedagogikk

Begrepet helsepedagogikk handler mye om å forstå hvilke mønstre som fremmer og hemmer læring og mestring. I boken ”Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring” av Vifladt og Hopen (11) gis innsikt i læringssituasjoner som framhever likeverdig kommunikasjon og dialog som arbeidsform mellom brukere og helsepersonell. Viktige kunnskaper om hvordan det er å leve med og mestre tilværelsen med sykdom finnes hos erfarne brukere (pasienter og pårørende som har levd med sykdommen en stund), mens helsepersonell innehar fagkunnskapene. For å lykkes, må opplæring skje i et nært samspill mellom disse.

God opplæring av personer med kronisk eller langvarig sykdom og deres familie forutsetter at det utvikles ny helsepedagogisk forståelse hos tverrfaglig helsepersonell.

Nasjonal helseplan (St.prp.nr.1.2006-2007)

”Brukerfortellingenes styrke ligger i å vise hvordan livet arter seg, i stedet for å snakke om hvordan det burde være. Den særegne formen på en fortelling gjør at det er lettere for pasient og pårørende å kjenne seg igjen og relatere andres lærdom til egen virkelighet.”

(Nasjonal erfaringskonferanse om kommunal lærings- og mestringsaktivitet, Trondheim, 31.mai 2012 Liv Hopen) (12).

Det engelske begrepet empowerment oversettes ofte med bemyndigelse eller myndiggjøring. Empowerment innebærer at personer i en avmaktsposisjon opparbeider styrke, kraft og makt til å komme seg ut av avmakten. Det handler om å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke folks selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter. (<http://mestring.no>) (13)

Målet med pedagogikken blir da ikke å lære opp brukerne til å gjøre som de er blitt fortalt, men om å komme fram til løsninger de får et eierforhold til og utløser egen innsats og mål. En operasjonalisering av målene i form av aktiviteter beskrives videre som sentralt for læring. Å ta i bruk egne erfaringer virker sterkere enn å høre om andres. Erfaring forutsetter handling, som kan følges opp med veiledning og tilbakemelding. Aktiviteter kan være både fysiske og mentale gjøremål, men må være konkret og relevant i forhold til den enkelte brukers hverdag. (Vifladt og Hopen).

Gruppemetode

Hensikten med en gruppetilnærming er at den er tidseffektiv, brukerne kan ha nytte av å høre andres erfaringer og refleksjoner samt andres spørsmål til det tverrfaglige teamet av gruppeledere. En forutsetning er å finne en balanse mellom faglige innlegg og fokus på erfaringsutveksling. En annen sentral oppgave for gruppen er å skape et miljø for læring som støtter og stimulerer hver enkelt der han eller hun er. Læring kan være både en individuell, personlig kunnskapsutvikling, og en sosial, kollektiv prosess der flere deltakerne lærer av og med hverandre som en del av et større sosialt og kulturelt fellesskap. (mestring.no). (13)

I utviklingen av gruppetilbudet ble det viktig å tilnærme seg kunnskap om hvordan vi stiller spørsmål og hvordan vi styrer gruppeprosessen mot et resultat. Det ble da valgt å bruke noe av metodikken fra Motiverende intervju, endringsfokusert rådgivning (MI). Grunntanken med denne metodikken er å stimulere til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon. Vi prøver å være veiledere, ikke rådgivere. (Helse og atferdsendring, Prescott og Børtveit, Gyldendal 2011). (14).

Gruppen må ha en struktur som sikrer både at deltakerne holder seg til temaet, men som også fremmer en prosess.

Gruppe

En fordel med å delta i en gruppe er opplevelsen av at andre er i samme situasjon. Det bidrar til fellesskapsfølelse og samhørighet og alminneliggjør eventuelle tanker, følelser og utfordringer.

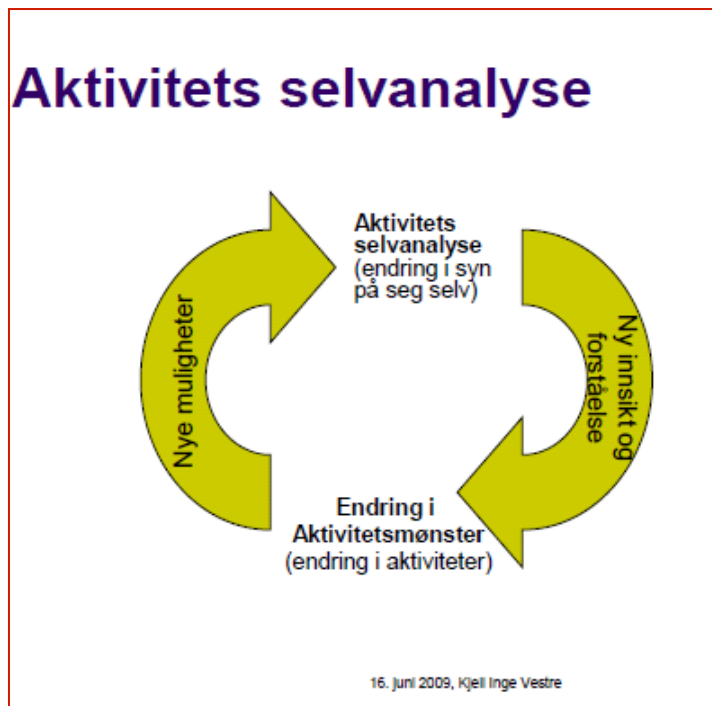
Bruk av grupper gir direkte erfaringsoverføring brukerne imellom. Når andre i liknende situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere å sette egne ord på det!

Fast struktur

Den strukturelle oppbyggingen som sikrer fremdrift i gruppen har prosjektet hentet fra programmet «Lifestyle redesign». Dette er en modell som er forsket frem etter en studie; Well-elderly-studiet som var en randomisert kontrollstudie foretatt fra 1994 til 1996 i Los Angeles, og Well elderly study 2 i 2011). (15).

Modellen er bygd opp av temaområder som gruppen skal arbeide med og en didaktisk tankegang hvor likemannsutveksling, personlig utforskning og aktivitetserfaring er fokusert.

Den får frem det aktive brukerperspektivet, samt har fokus på aktiviteter i hverdagen fremfor sykdomsfokus. Gjennom å analysere aktiviteter, reflektere over aktivitetsmønstre og gjenkjennelse evt. barrierer, kan gjøre endringer som i sin tur kan påvirke livet og helsen.



Bakgrunnen for denne studien var å finne tiltak rettet mot friske eldre for å forebygge funksjonsendringer knyttet til aldring og sykdom, og å fremme helse relatert livskvalitet. Resultatene fra forskningen indikerte at deltakelse i gruppeprogrammet kan ha veldig stor innvirkning på deltakerne ved å forbedre fysisk og mental helse, begrense nedsettelse av fysisk funksjon, kroppslig smerte og følelsesmessige begrensninger. I tillegg ble det vist at gruppeprogrammet ga en stor helseøkonomisk gevinst. (Jeanne Jackson, Mike Carlson, Deborah Mandel, Ruth Zemke, Florence Clark. Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Southern California).

Modellen er utviklet av ergoterapeuter og for ergoterapeuter. Prosjekt "Mestring av hverdagen" skulle vise til et bredere helsetilbud og et tverrfaglig fokus. Det var derfor nødvendig å frigjøre seg fra modellen i sin opprinnelige form. Strukturen fra modellen er gjenkjennbar, men litteraturstudier, kunnskap fra andre interne og eksterne gruppetilbud samt erfaring fra det tverrfaglige teamet og brukerne har bidratt med utforming av innhold.

Kvantitative kontra kvalitative metoder.

Prosjektets skulle innhente data som kunne identifisere faktorer som underbygget at brukerne oppnådde økt deltagelse i samfunnet og fikk mindre behov for offentlige tjenester.

I det medisinske miljøet har forskningen tradisjonelt vært kvantitativ. Den måler mengder, grader og frekvenser, som gir svar på: Hvor mye? Hvor ofte? Det legges vekt på "harde data", avstand og objektivitet. Den er lite egnet til å si noe om "myke data" som tanker, opplevelser,

holdninger og prosesser. Slike temaer undersøkes bedre med kvalitative metoder (Forskningshåndboken 2012 (16).

Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomener studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder (Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder, Bergen, fagbokforlaget 2004) (17). Det å kombinere kvalitative- og kvantitative metoder ble vurdert som en mulighet. I forskning kan dette bli sett på som kompliserende pga at det ligger ulike grunnsyn og tolkningstradisjoner til grunn. (Mc Evoy P, Richards D. Journal of Research in Nursing 2006) (18). Prosjektet ønsket likevel å se på muligheten av å kunne ta i bruk en kombinasjon av undersøkelser pga svakheter i de ulike metodene. Dette for å bidra til å utvide analysen.

Prosjektet ønsket å fremskaffe resultater av hvordan brukerne opplever sin situasjon før og etter gjennomført tilbud samt 3 mnd etter, og egen medvirkning til dette. Det ble valgt å bruke normerte skalaer hvor en bruker måles opp mot seg selv. Endringer i resultatene vil kunne indikere tendenser også for en større del av brukergruppen, enn deltakerne i prosjektet. Undersøkelser med utgangspunkt i **livskvalitet** slik det tidligere i rapporten er definert, ble av prosjektet og styringsgruppen vurdert som sentralt. Evne til å mestre, tro på egne ressurser, og tro på fremtiden.

Initialt i prosjektet ble det derfor lett etter metoder som kunne sikre de rette funnene. Flere tester ble vurdert i innledende fase. Noen ble også prøvd ut. Viktige prinsipielle og etiske refleksjoner kom frem under diskusjonene i planleggingsfasen. Hvordan data skal brukes og hva som skal måles må være klarlagt. Det er et viktig element at kvaliteten på dataene blir dårligere når spørsmålene ikke er rettet mot brukernes situasjon.

Hvilke forventninger planter vi i brukerne ved de spørsmålene vi stiller?

Prosjekt ”Mestring av hverdagen”

SF – 36 og kortversjonen SF – 12. Får frem praktisk, reliabel og valid informasjon om funksjonell helse og velvære fra brukers synsvinkel. Det er en generisk helseundersøkelse fordi den kan brukes på kryss av alder, diagnose og behandlingsgruppe. <http://www.sf-36.org/> (19). Kan skåres som en profil eller sammendrag. Det relevant for vårt prosjekt er at den skårer fysisk og psykisk funksjon, sosial aktivitet, rollefungering, smerter, energi og generell helseoppfattelse. (20).

ORS - SRS Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist. Campbell, A., & Hemsley, S.(2009.) (21) Ment for å veilede klinikere til å skreddersy behandling og for å identifisere effektiv behandlingstilnærming.

Veiledningshefte Helsesamtalen/FYSAK. Fysak og Frisklivssentralene i Norland og Buskerud samt Sosial og helsedir. Helsesamtalen baserer seg på metoden endringsfokusert rådgivning av Prescott og Børtveit.(22).

Ut fra de refleksjonene og erfaringene prosjektet har gjort seg underveis, har vi endt opp med å lage vår egen utgave av Helsesamtalen, hvor strukturen med en innledende del, en midtveis samtale og en oppsummeringssamtale er beholdt. Helsesamtalen suppleres av et livskvalitetsskjema (SF -12), et skjema som evaluerer brukers behov for behandling og om behandlingsmetoden har hatt effekt (ORS – SRS), og et enkelt evalueringsskjema.

Dokumentasjonsplikten

Siden brukerne mottok tjenestetilbudet som følge av sin helsetilstand, kom dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven kapittel 8, bestemmelsene i pasientjournalforskriften og pasientrettighetsloven kapittel 5 til anvendelse. Det er ikke avgjørende hvorvidt det forelå vedtak om tilbudet eller ikke. Mottaker av helsetjenestetilbud kan ikke nekte at det foretas dokumentasjon som helsepersonell er pålagt. I det elektroniske journalsystemet Gericla ble det opprettet en **tjeneste; tverrfaglig gruppetilbud 406**, og et journalnotat; **188 Tverrfaglig_TeamNotat**. Det ble registrert at bruker hadde fått tilbud om kartleggingssamtale og resultatet av denne. Enten i form av at bruker skulle delta og med en kort frase om hva tilbudet innebar, eller at bruker ikke deltok og hva vi evt. anbefalte som alternativt for bruker. Fastlegen har ikke tilgang på det samme journalsystemet, men epikrise kunne videreformidles etter avtale med bruker.

Samtykkeerklæring

Behandling av personopplysninger bør i størst mulig utstrekning basere seg på samtykke fra den registrerte. Samtykket må være frivillig, uttrykkelig og informert, jf. Personopplysningsloven § 2 nr. 7. Loven stiller ingen formkrav til samtykket, men Datatilsynet anbefalte at det ble innhentet skriftlig i den grad det var praktisk mulig. Skriftlighet vil lette bevisproblemer i situasjoner hvor det reises tvil om hva den registrerte har samtykket til. I tillegg stiller loven krav om at formålet må være uttrykkelig beskrevet. Dette betyr at beskrivelsen skal være så presis at den registrerte forstår nøyaktig hva opplysningene skal brukes til. (Datatilsynets Veileder for utfylling av konsesjonsskjema (23)). Prosjektet laget et samtykkeskjema med nødvendig informasjon som ble gitt skriftlig og muntlig.

Rekrutterings og informasjonsarbeidet

Arbeidet med rekruttering og informasjon er en kontinuerlig prosess, som startet med kartlegging av eksisterende tilbud og erfaringer med etablering av gruppetilbud i Drammen, samt innhenting av kunnskap og erfaringer fra samarbeidspartnere innenfor nevrologifeltet. Frisklivssentralen/fysioteket, Villa Fredrikke og Ergoterapitjenesten har bidratt med nyttige erfaringer i det å lykkes med oppstart av nye tilbud i kommunen. LMS på sykehuset har lang erfaring med grupper og kurs for og sammen med brukere. Nevrologisk avdeling og nevrologisk poliklinikk på sykehuset, samt kommunens Kontor for tjenestetildeling og NAV.

Fastlegene har gitt nyttige innspill i forhold til brukernes behov fra deres perspektiv. Eksempelvis at de har liten tid og mangler gode verktøy for prosessjobbing. Det er en antagelse at brukerne velger å ta opp medisinsk tema fremfor hverdagsutfordringer med legen sin. Det har vært møte med de privatpraktiserende fysioterapeutene, det kommunale rehabiliteringsnettverket som består av ergoterapeuter, fysioterapeuter, rehabiliteringsavdelingen og hjemmetjenesten og den kommunale fagskolen for helsefagarbeidere.

Det har vært en god dialog med brukerorganisasjonene og vi har hatt møte med Norsk forening for slagrammede avdeling Drammen og omegn, MS-foreningens lokallag, samt at vi har samarbeidet med Turistforeningen.

Prosjektet har tatt i bruk avisen Drammens Tidende og Byavisen for å formidle informasjon om prosjektet samt at vi bruker kommunens internettside og en egen informasjonsbrosjyre om prosjektet (vedlegg 2), som er lagt ut på fastlegekontorer, fysikalske institutter, NAV m.fl. Det er videre

Informasjons- og rekrutteringsarbeidet foregår kontinuerlig.

Prosjekt "Mestring av hverdagen"

utarbeidet en egen Facebookside: (<https://www.facebook.com/MestringAvHverdagen>) Facebooksiden inneholder fortløpende informasjon om grupper, informasjon som kan være relevant for brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Den er også ment som et forum for gamle og nye brukere til å holde kontakten seg i mellom.

Det var ikke krav om henvisning fra lege eller tilsvarende for deltakelse i tilbudet. Det tok tid å gjøre et nyetablert tilbud kjent både blant brukere og samarbeidspartnere. Lavterskeltilbud har en utfordring med å informere om hva tilbudet innebærer så tydelig, at det er de som vil ha størst utbytte som faktisk oppsøker det. Samtidig er det ikke ønskelig å lage rammene for deltakelse så smale at ingen melder sin interesse for å delta. ”Jungeltelegraf” prinsippet ble av brukere og fastlegene oppgitt som en virksom metode for å gjøre et tilbud kjent.

Kartleggingssamtalen

Tilbudet startet med en individuell kartleggingssamtale før og avsluttes med en ny samtale etter at tilbudet var avsluttet. Hensikt var å avklare brukerens ressurser og utfordringer samt å kunne tydeliggjøre brukers mål med gruppedeltagelsen. Det var også viktig for oss å få et inntrykk av brukers evne til å utveksle og dele erfaringer med andre. Dette anså vi som vesentlig for å lykkes med gruppemethoden. To medarbeidere deltok i samtalen hvor den ene var aktiv, mens den andre tok notater. De oppsummerte punktene ble gjenfortalt slik at det lettere å konkretisere en målsetning eller et fokusområde brukeren var opptatt av å forandre eller utfordre. I prosjektperioden utførte alle brukerne enkle standardiserte tester i forbindelse med kartleggingssamtalen og oppsummeringssamtalen.

Oppsummeringssamtale og re-samling etter 3 måneder

Hensikten var å evaluere om målene som ble satt ved oppstart ble oppnådd, samt å få generelle tilbakemeldinger på gruppetilbudet. Samtalen inneholdt også gjennomgang av de samme standardiserte kartleggingsskjemaene som ved oppstart. Endringer som tydelig kom frem, ble utgangspunkt for flere utfyllende spørsmål.

Hensikten med en re-samling etter 3 måneder var å finne ut om brukernes opplevelse av nytte i ettertid.

Pårørende

Prosjektet diskuterte i hvilken grad de pårørende kunne være med å bidra til å forsterke endringer, eller etablere nye vaner ved å være positive pådrivere underveis. I hvor stor grad dette foregikk hjemme hos brukerne visste vi lite om. Det ble derfor interessant å finne mer ut om brukerne i særlig grad involverte sine pårørende. Det ble besluttet å lage et spørreskjema som kunne gi mer utfyllende svar på dette. En av brukergruppene utformet spørsmålene. Deltakelse i spørreundersøkelsen var frivillig og anonym.

Presentasjon av resultatene

Prosjekt ”Mestring av hverdagen” var et utviklingsprosjekt som tok i bruk arbeidsmetoder som er forsket frem og også prøvd ut blant ulike brukergrupper tidligere. Modellen utviklet for vårt prosjekt bygger derfor på og ligner på andre velkjente modeller.

Vi tok i bruk kvalitative metoder, som kjennetegnes ved at det vektlegger det å lese allmenne trekk og sammenhenger inn i de konkrete observasjonene vi gjorde. I det praktiske arbeidet ble det tatt i bruk en kvantitativ datamatrikse, hentet fra boken; Mellom nærhet og distanse,

Kvalitative metoder i samfunnsfag. (Pål Repstad 2009 (24)). Matrisen har kolonner for respondentene og rader for temaer. Når matrisen leses loddrett, vil det være mulig å få et bilde av respondentens ”profil”. Leses matrisen vannrett, får leseren inntrykk av hvor fyldig materialet er på hvert tema. Det tydeliggjorde hvilke tema som var godt og mindre godt belyst, noe som igjen vil påvirke i hvor stor grad det som kommer frem i materialet er representativt. Metoden egnet seg for å få frem mønstre og sammenhenger i materialet.

Fordi utvalget var lite, ble det ikke mulig å sette frem absolutte påstander om sammenhenger mellom variablene. Tydelige mønstre som ble avdekket i intervjusamtalene er det likevel interessant å belyse. Disse belyser graden av nytte ved deltakelse i prosjektet.

Noen objektive tall som vurderes som interessante i forhold til å bekrefte eller avkrefte noen etablerte ”sannheter” vi hadde fra før, presenteres i diagrammer.



Prosjektets erfaring med gjennomføringen

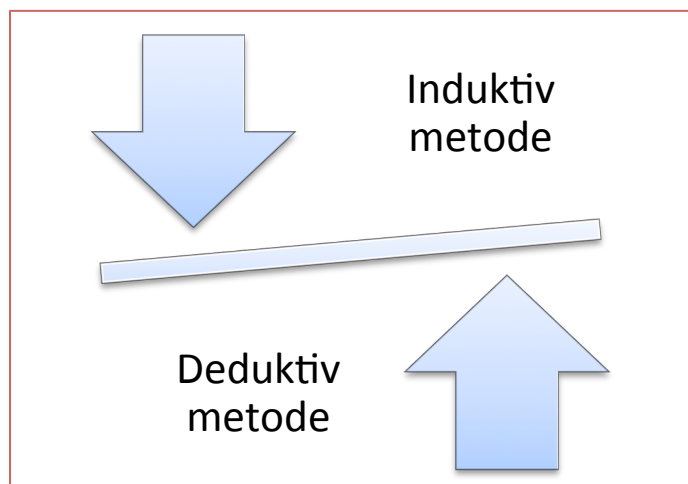
Refleksjon rundt metodevalg i møte med brukerne var en nødvendig prosess for medarbeiderne, og ble gjennomført og nedtegnet etter hver gruppesamling. Et ønske om å fremstå som kunnskapsmessig pålitelig og at budskapet som skulle formidles var kunnskapsbasert stod sentralt for fagpersonene. Lite erfaring og dermed usikkerhet i forhold til seg selv som gruppeleder var også en faktor som gjorde det nyttig å bruke tid på refleksjon. I startfasen av prosjektet falt valget på en metode hvor fagpersonene i stor grad hadde regien på både temaene og gjennomføringen av møtene. Dette medførte at det var fagpersonene som fikk hovedrollen. Brukerne ble sittende passivt og lytte, og det ble vanskelig å vite om deltakerne hadde forstått budskapet og om det var mulig å relatere tema til egen virkelighet.

Et eksempel på dette var temaet ”**Mestring**”. Temaet var godt planlagt med temaark som definerte begrepet og eksemplifisert med en hverdagshistorie. Spørsmålene i etterkant av høytlesningen ble knyttet til det å kunne identifisere seg med tema og problemstillingen i historien som var presentert. Erfaringen var at brukerne ble sittende å lytte til høytlesningen mens de nikkete. Da refleksjonen kom i gang, hadde brukerne lett for å *flyte ut* i forhold til spørsmålene som var knyttet til teksten.

Begrepet **mestring** viste seg å være vanskelig tilgjengelig ettersom det ikke var et ord brukerne anvendte i dagligtalen.

Tilnærmingen ble da snudd til en induktiv metode hvor, begrepet **mestring** i større grad ble satt i sammenheng og erstattet med begrepet **ressurser**. Brukerne fikk 2 minutter til å tenke over begrepene, for så å gjennomføre en idemyldring over tema på flip over. Slik ble det mulig å sjekke ut om alle hadde forstått tematikken, og om brukerne relaterte temaet til seg selv.

Fokus ble flyttet fra gruppelederens prestasjoner og teoretisk kunnskap over



til brukerne og deres erfaringer. Kunnskapen fra endringsfokusert tilnærming gjorde det likevel mulig å knytte teoretisk kunnskap til temaene der det var behov og ønsket fra brukerne. Relevant litteratur om temaene ble delt ut til gjennomlesning hjemme for de som ønsket dette.

Erfaringen var at denne metoden forutsatte en relativt god kognitiv funksjon hos brukerne. Gruppens størrelse kunne også påvirke valg av metode. I en stor gruppe kunne det være en utfordring å la alle deltakerne få slippe til. I en liten gruppe kunne innspillene bli for få til at metoden ble interessant nok. Samtidig som en liten gruppe gav mulighet for grundigere utforsking av hvert tema.

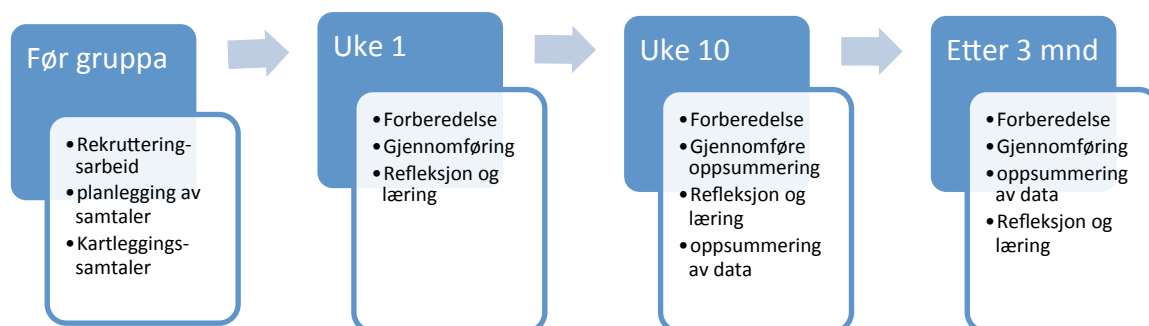
Medarbeiders uttrykk for økt bevissthet om rollen som "hjelper":

Før; – "Hvordan kan jeg hjelpe deg?"
Nå; – "Hvordan kan jeg hjelpe deg til å hjelpe deg selv?"

"Prosjekt Mestring av hverdagen"

Kulturen i gruppa påvirket også metoden. Enkelte brukere hadde behov for hjelp til å dempes, eller til å holde fokus på tema, mens andre hadde behov for hjelp til å hente frem sine refleksjoner.

Medarbeidernes arbeidsprosess kan illustreres gjennom følgende modell:



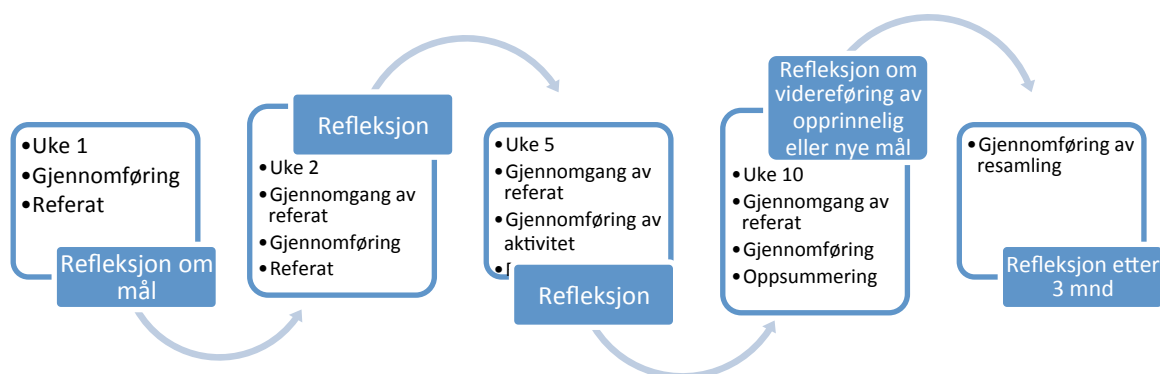
Alt i alt synes det å være et gjennomgående trekk i medarbeidernes refleksjon over gjennomføring av temaene at verktøy og modeller var nyttig for å få frem refleksjon hos brukerne. Forutsetningen for å få frem motivasjon hos brukerne så ut til å være at presentasjonen måtte være tydelig og enkel og at hensikten måtte komme klart frem. Evnen til å tilpasse metoden til de ulike brukerne og gruppene var nødvendig. Medarbeidere som ikke ledet dagen kunne gi innspill som sikret at alle ble sett og hørt. Videre var det viktig å sikre at brukerne ble inkludert i gjennomføringen av praktiske aktiviteter gjennom å bruke tilstrekkelig nok tid til å planlegge og å fordele oppgaver.

Oppsummering av gruppens prosess.

Referatene fra alle gruppemøtene sett under ett synliggjorde mange gode refleksjoner hos brukerne. Den faste strukturen med å gjennomgå referatet på den påfølgende samlingen gav tydelige indikasjoner på at brukerne brukte tiden mellom samlingene til å reflektere videre over temaene som var blitt diskutert. Mange hadde gjort seg ytterligere tanker eller hadde tilbakemeldinger fra samtaler som hadde foregått hjemme.

Bevissthet om energibruk i hverdagen, så ut til å være sammenfallende når alle tema sees under ett. Et annet moment som var gjennomgående, var deltakerens egen aksept og omgivelsens forståelse av den nye situasjonen i livet. En felles tolkning tydet også på at brukernes refleksjon om valg av mestringsstrategier, samt planlegging og utprøving av nye, var sentralt i samtalene.

Illustrasjon av deltakernes prosess i gruppa:



Prosentvise tall fra gruppe 1-8

Antall kartlagte 67	51 % har deltatt/gjennomført
Antall deltakere 34	
Av disse utgjør:	
Menn	47 %
Kvinner	53 %
Under 50år	26 %
Over 50 år	74 %
I jobb i aldersgruppen 50-67 år	18 %
I jobb totalt	26 %
Mottakere av offentlig hjelp inkl priv fysio	76 %

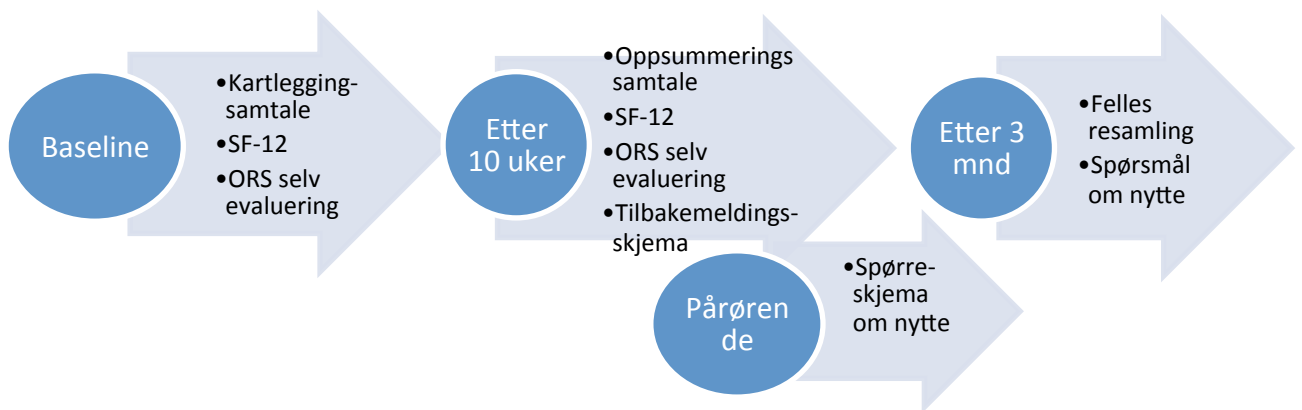
Kommentar

I starten av prosjektet kartla vi dobbelt så mange i forhold til hvor mange som gjennomførte. Mot slutten ble informasjonen vi gav ut, og henvisningene fra samarbeidspartnerne våre mer presis. Treffsikkerheten ble dermed større i forhold til at de vi kartla også gjennomførte. Noen få ble syke underveis eller hadde andre grunner til og ikke komme i gang eller gjennomføre. Erfaringen viste at eksklusjonskriteriene vi startet opp med var riktige i forhold til psykisk og kognitiv funksjonsevne. Vi testet imidlertid ikke ut om gruppen ville fungert med bruk av tolk. Deltakerne i gruppene var inkluderende overfor alle deltakere med nedsatt språk eller språkfunksjon. Prosjektet og brukere vi snakket med gav uttrykk for at tilbudet kunne utvides til andre brukergrupper enn nevrologiske lidelser. Erfaring med å inkludere bruker med medfødt nevrologisk lidelse var positivt. Erfaring med å la en bruker gjennomføre det samme

tilbudet 2 ganger, med litt tid mellom var også vellykket. Bruker gav uttrykk for å ha en annen motivasjon og andre mål den andre gangen, og gav uttrykk for nytte av begge.

Resultater fra kartleggingsverktøy

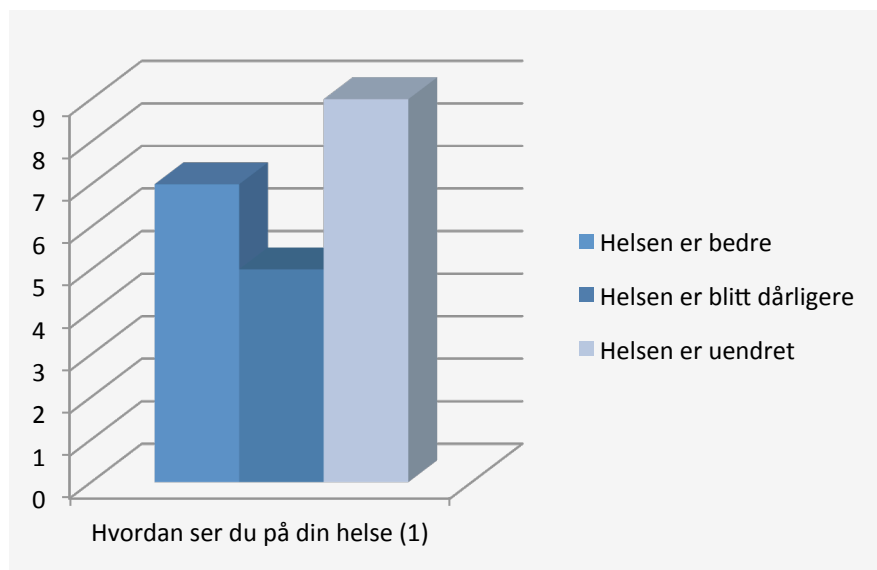
Illustrasjonen under er en prosessmodell som viser strukturen i hvordan prosjektet har jobbet for i å måle effekt.

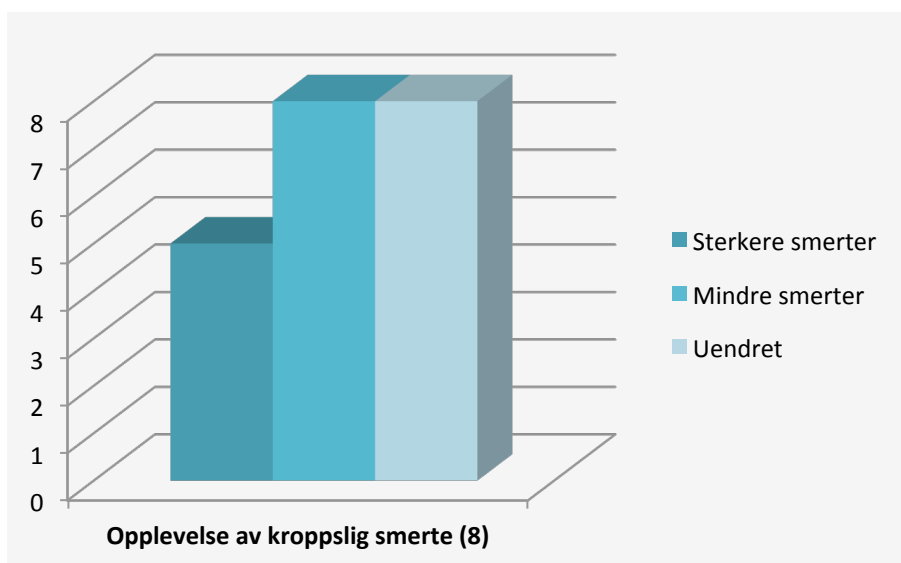
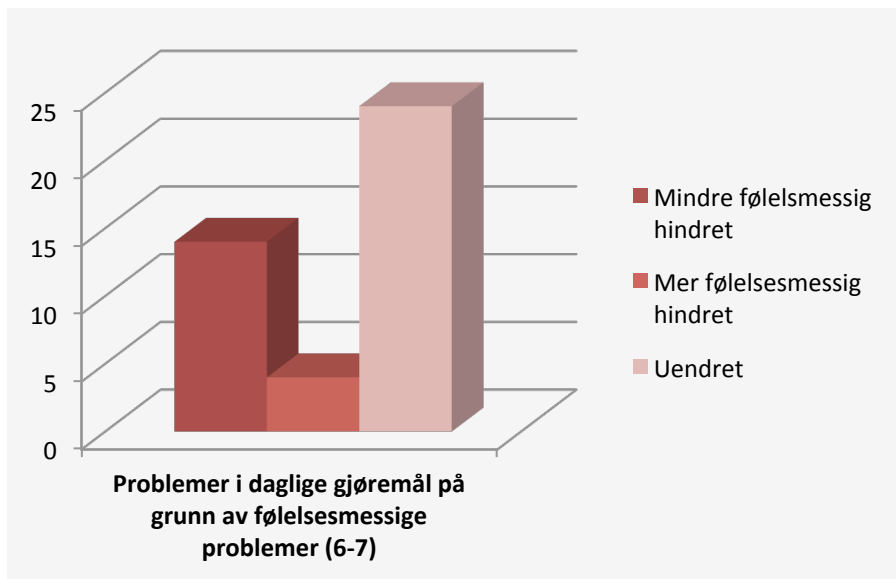
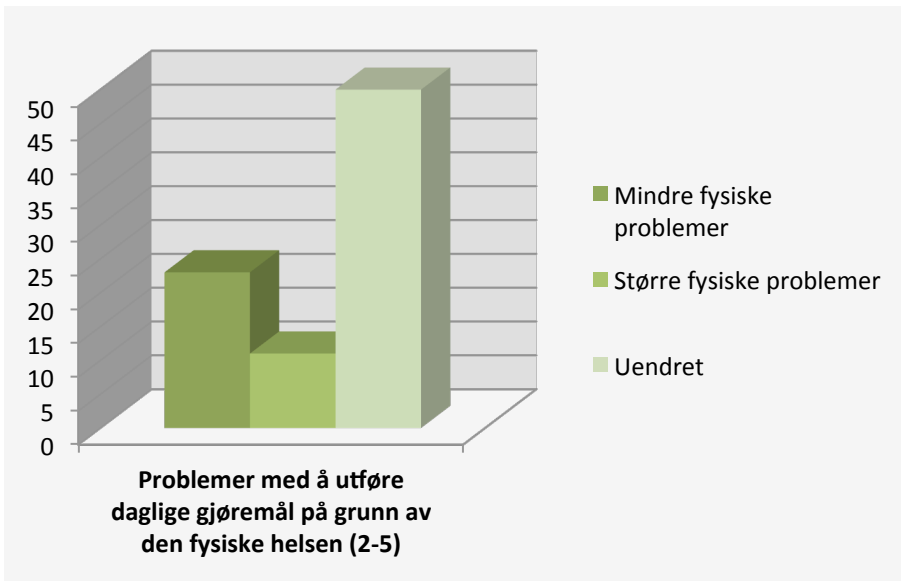


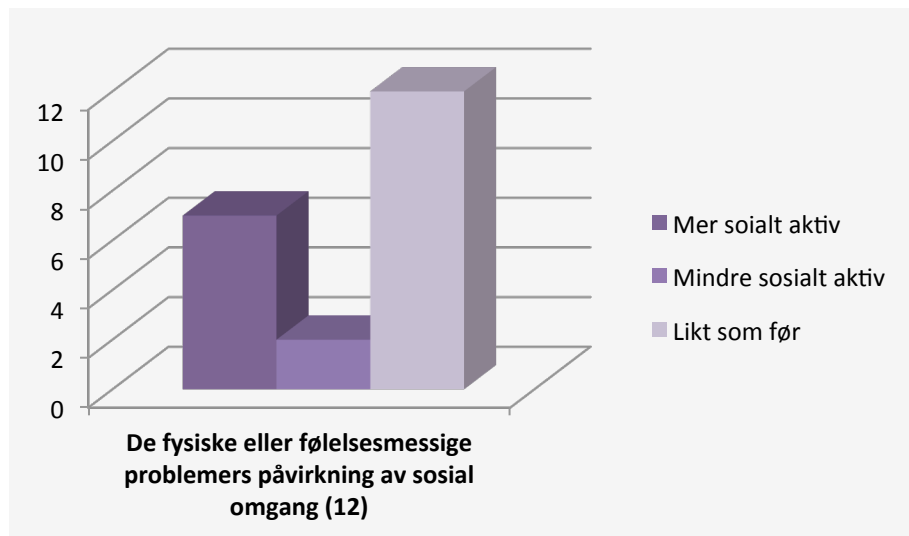
SF -12

I spørreskjemaet SF-12 ba vi brukerne svare på hvordan de så på sin egen helse. Resultatene viste fordeling av brukere som skåret endring opp, ned eller likt fra tilbudets start til slutt.

Samlet så vi at de fleste brukerne skåret uendret fra start til slutt. Samtidig så vi at flere skåret seg selv opp enn ned fra uke 1 -10.



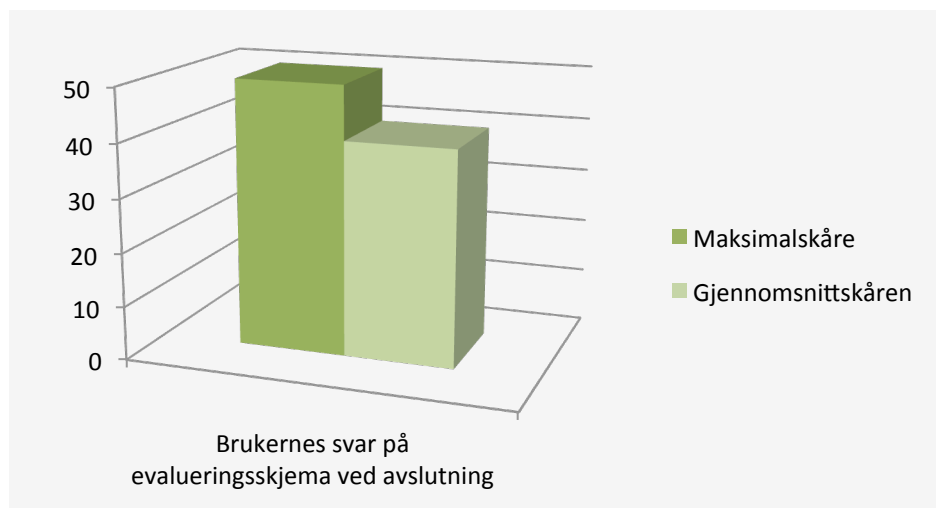




Evalueringskjema

Brukernes respons på tilbudet ved hjelp av et evalueringskjema. Maksimalskåren var 50 poeng. Gjennomsnittskåren var 40 poeng.

Den høyeste skåren kom gjennomsnittlig på spørsmål om tilfredshet med gruppeledelsen. Mens den laveste på spørsmålet om egne bidrag.



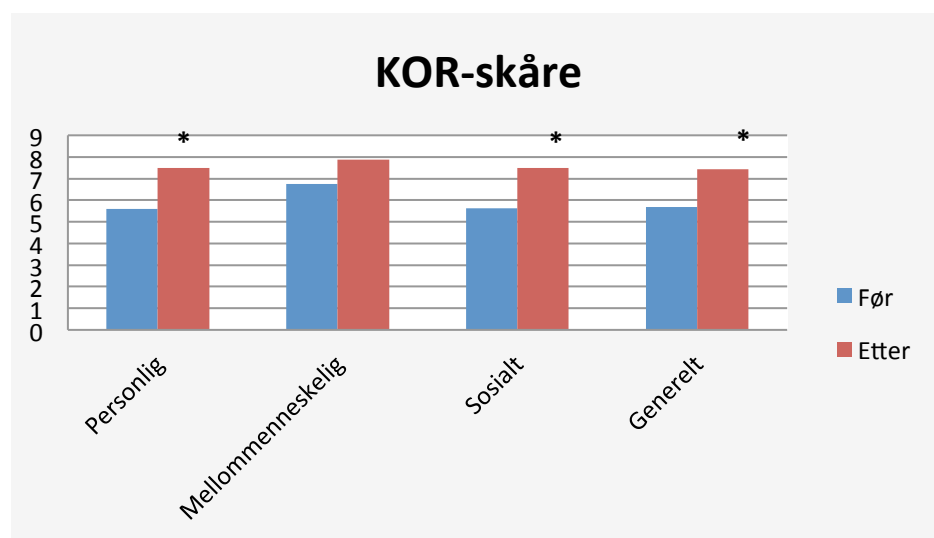
KOR/ORS

Ved bruk av KOR/ORS ønsket vi å legge vekt på brukermedvirkning og brukerinnflytelse. Brukernes skåre kan gi uttrykk for om metoden vi har anvendt i vår tilnærming til gruppen har hatt effekt. Resultatene av start- og sluttskåring ble gjennomgått og sammenlignet sammen med brukerne, slik at de hadde mulighet til å kommentere sin egen skåre. Det å benytte skårene som både et måleverktøy og samtidig et utgangspunkt for samtale er mye brukt i terapi.

En paret t-test av resultatene ble gjennomført ved hjelp av SPSS (programvare for statistisk analyse, versjon statistics 21) for å sjekke om det er signifikant forskjell mellom start- og sluttverdier. Signifikansverdier (Sig. 2-tailed) under 0,05 tilsier at det er en signifikant forskjell mellom start og slutt.

Signifikansverdi er det samme som p-verdi. I diagrammet er de søylene som er signifikant med en stjerne.

Analysen viser at; Personlig, sosialt, generelt og total skåre er signifikant forskjellig ved slutt enn ved start. Mellommenneskelig er ikke signifikant forskjellig ved slutt i forhold til ved start. Men ettersom signifikansverdien er under 0,1 kan vi si at vi ser en trend.



Start og sluttverdier

Kolonne1	Før	Etter	p-verdi
Personlig (n=26)	5,58 (2,76)	7,48 (1,52)	0,01
Mellommenneskelig (n=26)	6,76 (2,52)	7,86 (1,44)	0,074
Sosialt (n=25)	5,62 (3,22)	7,48 (1,73)	0,013
Generelt (n=26)	5,68 (2,72)	7,42 (1,99)	0,011
Total skåre (n=25)	23,24 (9,18)	30,33 (5,56)	0,005
Dataene presenteres som gjennomsnitt (standardavvik)			

Kolonne1	Før	Etter	p-verdi
Personlig (n=26)	5,58 (2,76)	7,48 (1,52)	0,01
Mellommenneskelig (n=26)	6,76 (2,52)	7,86 (1,44)	0,074
Sosialt (n=25)	5,62 (3,22)	7,48 (1,73)	0,013
Generelt (n=26)	5,68 (2,72)	7,42 (1,99)	0,011
Total skåre (n=25)	23,24 (9,18)	30,33 (5,56)	0,005

Dataene presenteres som gjennomsnitt (standardavvik).

Brukernes tilbakemeldinger

kartleggingssamtalene

Forventninger:

Sammenfallende synspunkt fra brukerne ser ut til å være at de har hatt et ønske om å bidra i gruppen, dele kunnskap med mennesker i samme situasjon for gjensidig læring.

Utfordringer i hverdagen:

Utfordringer de samlet sett gir uttrykk for kan være fysiske begrensninger som nedsatt balanse, nedsatt finmotorikk, spasmer og smerter. Psykiske utfordringer som engstelse og vansker med å be om hjelp. Opplevelse av indre stress. Opplevelse av seg selv som mindre sosialt aktive enn før. Redsel for å bli deprimert er også oppgitt. Kognitiv svikt blir oppgitt i form av mindre energi, samt utfordringer med hukommelse og evne til bearbeiding av informasjon.

Endringsevne og vilje:

Det synes å være et overtall av brukerne som oppgir at utfordringer og endringer i livet er noe de har vilje og evne til å ta tak i. Mindre enn halvparten oppgir at endringer kan være utfordrende og som de tidvis kan ha et resignert forhold til.

Det sosiale nettverket:

Ut fra tilbakemeldingene om det sosiale nettverket, kan det se ut som halvparten opplever dette som tilfredsstillende, mens den andre halvparten oppgir det som lite.

Spørsmål om hva som er viktig og som gir god livskvalitet:

En felles tolkning av hva som gir god livskvalitet, kan tyde på at familie og venner og at disse har det bra betyr mye. Det å kunne gjøre noe for andre og det å bevare funksjonsnivået er også viktig.

Målene:

Målene har vært individuelle, men et sammenfallende trekk er at mange av målene har vært knyttet mot nettverk. Det å oppnå energibalanse har også utpekt seg for mange.

Oppsummeringssamtalene

Motivasjon:

På spørsmål om hva som har motivert til deltakelse underveis, synes det å være gjennomgående at muligheten for læring og utveksling av erfaring og kunnskap har vært avgjørende for mange. Trivsel og det sosiale fellesskapet har også vært viktig. Det å se likheter og forskjeller på tvers av diagnoser blir oppgitt av flere som nyttig.

Sitater fra brukerne

Om det sosiale nettverket:

"Nettverket ble borte med jobben"

Om det som er viktig:

"At jeg kan leve så nært opp mot normalen som mulig, være ute og være sammen med andre!"

En målformulering:

"Hvordan kan jeg lære kroppen å slappe av så jeg bedre kan utnytte ressurser, lære om å tenke positivt på mørke dager, hvordan jeg kan bygge opp et nettverk"

Temaene:

En felles tolkning av tilbakemeldingene på temavalgene kan tyde på at temaene nettverk, livsstil (Fysisk aktivitet, kosthold og mindfulness), samt tema Energiøkonomisering har appellert mest.

Samtidig oppgir brukerne tema som kognisjon, mestring av depresjon, jobb som tema og mer om aktiviteter og hobbyer som tema de ønsket at vi hadde fokusert mer på.

Verktøy og mestringsstrategier:

På spørsmål om nytten av verktøyene vi har tatt i bruk og om disse er tatt i bruk i hverdagen, kan tilbakemeldingene tyde på at brukerne i stor grad har opplevd en økt bevissthet om hva og hvordan de prioriterer i hverdagen. Mange oppgir å ha tatt verktøyene i bruk. Noen gjør det ikke og like mange oppgir at de hadde kunnskap fra før og egne teknikker de anvender. Enkelte oppgir også at dette har vært vanskelig.

"Det ligger i bakhodet, men jeg får det ikke helt til." (sitat)

Målene:

Tilbakemeldingene fra brukerne kan tyde på at opp mot 80 % har oppnådd målene de satte seg ved oppstart. 13 % Gir uttrykk for delvis å ha oppnådd sine mål, mens 7 % oppgir ikke å ha nådd målene.

Målene:

80 % har oppnådd målene de satte seg ved oppstart.

De fleste oppgir at de har nye mål de jobber mot fremover, eller at de ønsker å fokusere ytterligere på målene de har jobbet med.

"Det kan være lett å glemme hovedmålet når det dukker opp så mange delmål underveis..." (sitat)

Evaluerings spørsmål etter 3 måneder

På spørsmål om brukernes opplevelse av nytte i ettertid, gir 93 % positivt uttrykk for dette.

"Mer bevisst min egen situasjon, og kan derfor handle mer ut fra hva som er bra for meg. "ta grep".

"Jeg har blitt tryggere på meg selv, klarere på mine sterke og svake sider."

"Bruker det jeg har lært og at hver dag er viktig med tanke på endringsarbeid."(sitat)

Av brukerne som har svart har 33 % kommentert at de i ettertid har tenkt på noe ved gruppa som de har savnet. Av disse utmerker det seg et ønske om en fortsettelse av gruppetilbudet.

54 % av brukerne har svart at de har hatt kontakt med de andre i gruppa etter at gruppa var slutt. Dette har vært direkte kontakt, telefon og via Facebook.

”Har utvilsomt fått et større nettverk. Blitt mer aktiv ute, mosjonerer mer.”

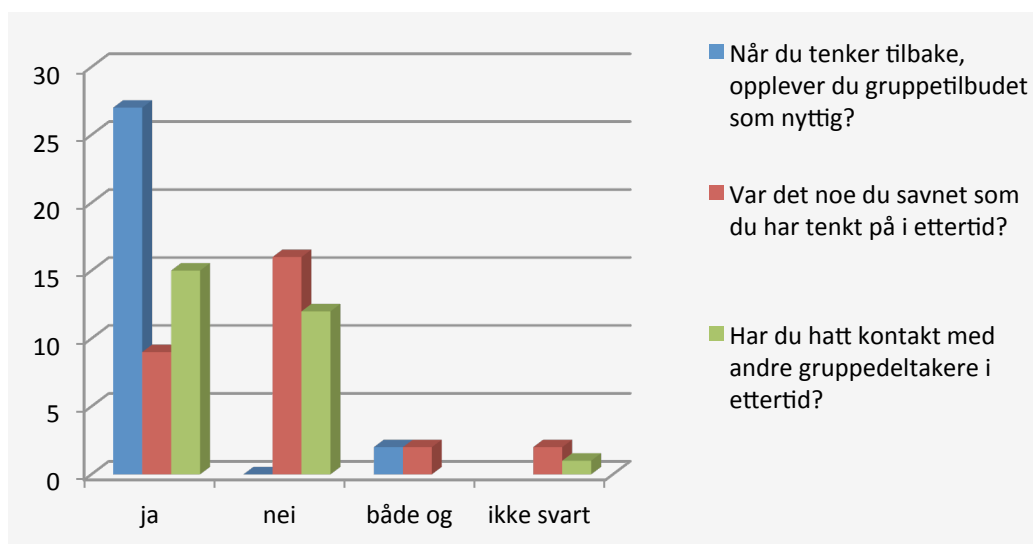
”Jobber ikke, men har økt aktivitet i frivillig arbeid i brukerorganisasjonen.”

”Har fått personlig assistent.”

”Har fått mer tilskudd til TT.”

”Er i dialog med NAV. Planene er fortsatt å gå i gang med 50 %.”

”Har nå blitt 100 % utfør. Er litt skuffet over dette selv, men ser også at det er det eneste rette hvis jeg skal kunne fungere i hverdagen.”(sitat)



Pårørendes respons

Av de pårørende som ga tilbakemelding er alle ektefeller av deltakerne. Svarene var for få til at det har noen hensikt å lage noen grafisk fremstilling. Noen uttalelser er det likevel nyttig å gjengi.

Har du opplevd endringer hos din nærmeste i løpet av tiden gruppa har pågått?

-Ja, han har fått større pågangsmot (sitat).

Hadde du som pårørende ønsket og blitt sterkere involvert i tilbudet?

-Ja, ville gjerne få mer kjennskap til kurset, diskusjonstema hjemme (sitat).

Hvilke råd vil du gi oss som i forhold til dette gruppetilbudet (temaene som belyses, antall ganger, arbeidsmåter, etc.)?

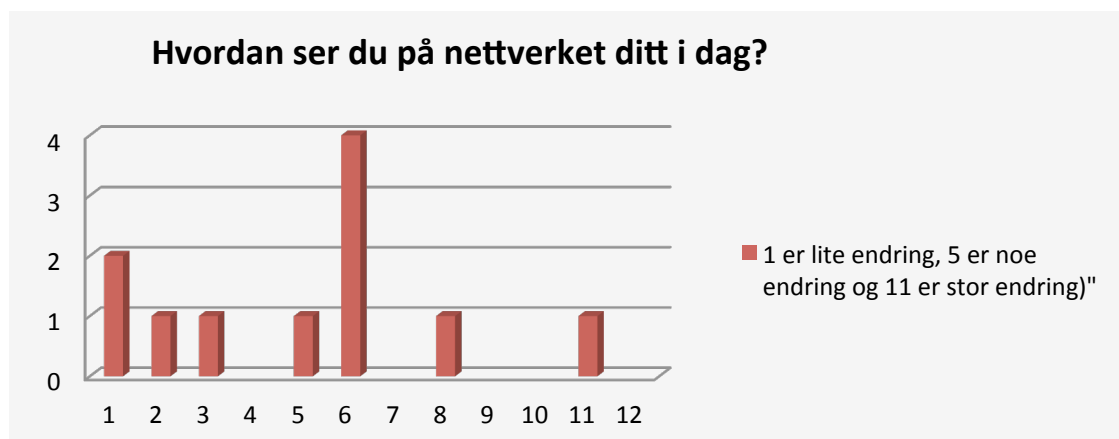
-Dekning av reiseutgifter. For rullestolbruker påløp 5000,- i utgifter til drosje.(sitat)

Tilbakemeldinger etter lengre tid

I november 2014 arrangerte prosjektet en samling for alle deltakerne. Vi ba dem på forhånd svare på et spørreskjema, som vi utarbeidet selv. Deltakere fra alle gruppene var representert. Svarene kommer dermed fra deltakere som gikk i gruppe fra 3 år tilbake og til d.d.

Av de **12** deltakerne som svarte på spørreskjema svarte 4 at de hadde hjelp fra det offentlige, mens 8 ikke hadde hjelp.

Ingen av dem hadde opplevd endring på dette i forhold til før gruppetilbudet.



Effekt av samarbeid med andre prosjekter og frivillige

Etter at prosjektet hadde gjort seg noe erfaring opplevde vi at brukernes grad av samfunnsdeltagelse varierte. Selv om det var et mål for prosjektet og dyktiggjøre brukerne i forhold til dette, erfarte vi at noen av brukerne uttrykte et behov for ytterligere oppfølging etter tilbudets avslutning. Enten i form av en ny gruppe, eller flere oppfølgingssamlinger. Det varierte også i hvilken grad brukerne hadde hatt initiativ til selv å arrangere møtepunkter med hverandre i perioden etter tilbudets avslutning. Brukernes respons både etter 3 mnd og i lengre perspektiv tydet på dette.



Gruppen jobber med nettbrettene sammen med SINTEF

Drammen kommune deltok sammen med tre kommuner

(Bærum, Skedsmo og Ullensaker) som partnere i forskningsprosjektet "ACTIVE" som ledes av SINTEF og Universitetet i Oslo (25). "ACTIVE" har som målsetting å bidra til aktiv aldring og mestring av hverdagen ved bruk av informasjonsteknologi og sosiale medier for å stimulere til økt sosial kontakt og bedre ernæring blant eldre.

Eldre personer med kroniske lidelser forårsaket av nevrologiske sykdommer er en av målgrupper for forskningsprosjektet "ACTIVE" og overlappende med målgruppen for "Mestring av hverdagen".

Prosjektet "ACTIVE" kunne derfor bidra til forsterket oppfølging og økt sosial kontakt ved bruk av kommunikasjonsteknologi og sosiale medier for utvalgte deltakere fra "Mestring i hverdagen". Deres nytte av dette var å få verdifull erfaring i hvordan ny teknologi kan benyttes for å forsterke og forbedre eksisterende tilbud til brukergruppen

Fem brukere fra Mestring av hverdagen ble rekruttert inn i ACTIVE prosjektet våren/høsten 2013, og har fått tildelt nettbrett (iPad) til eget bruk i hverdagen. Brukerne har blitt fulgt opp av forskere fra SINTEF og Universitetet i Oslo. Det er gjennomført to gruppesamlinger og alle har i tillegg fått individuell oppfølging og opplæring hjemme hos bruker. To brukere har fått oppfølging sammen for å styrke fellesskapet. Resultatet er at alle fem brukere har tatt i bruk iPad som en del av sin kommunikasjon med nettverket. Videre ble det våren 2014 igangsatt et samarbeid med Drammen Frivilligsentral, som bidro med 3 frivillige til dataopplæring og brukerstøtte for ytterligere en gruppe på fem nye brukere.

Erfaringen viste at opplevelsen av mestring og nytte i stor grad var avhengig av motivasjon, tidligere erfaringer og behov for teknisk støtte. Data innhentet fra brukerne i perioden inngår som en del av datagrunnlaget til forskningsprosjekt Active med deltakere fra Drammen, Bærum, Skedsmo og Ullensaker.

Implementering fra prosjekt til vanlig drift.

I Helsedirektoratets føringer for prosjektet ligger blant annet at modellen som utvikles skal ha nasjonal overføringsverdi og kunne integreres i drift etter endt prosjektperiode. For å få til dette, utdypet vi målene våre ytterligere i 2014 med;

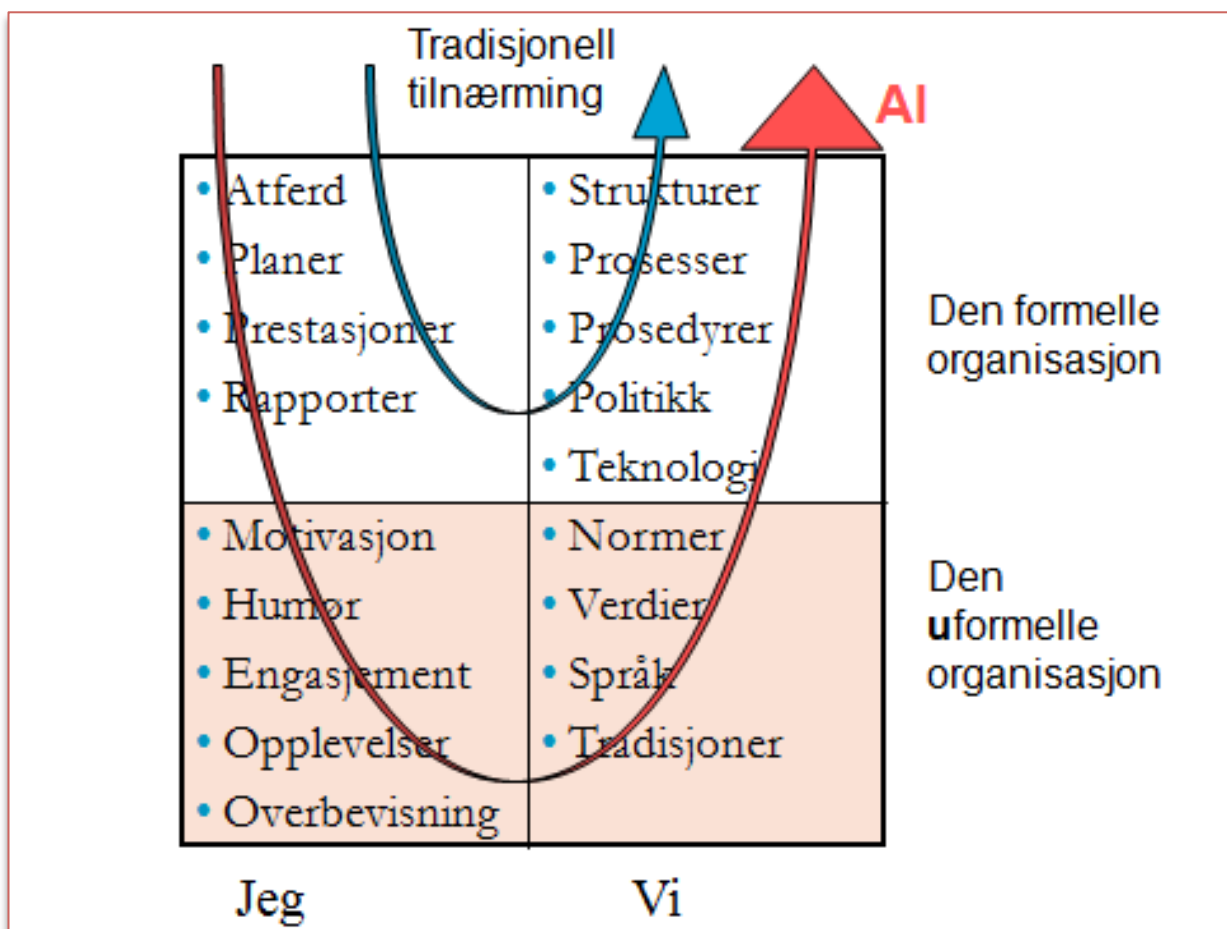
1. Beskrive effekter som er oppnådd.
2. Implementere modellen gjennom å legge til rette for en forankring av gode praktiske og økonomiske rammeforhold, samt sikring av nødvendig pedagogisk kompetanse.

Med utgangspunkt i dette inviterte vi ved prosjektets siste fase brukerrepresentanter, medarbeidere, ledere og andre involverte til en evaluering av prosjektet ved hjelp av metoden Appreciative Inquiry, og verktøyet vedvarende kvalitetsforbedring. Til å hjelpe oss i dette benyttet vi oss av noen av prosjektmidlene til å leie inn Seniorrådgiver *Trulste Konsmo* fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling (26)

Appreciative Inquiry (AI)

Appreciative: å legge merke til det beste i folk

Inquiry: å undersøke og oppdage gjennom å stille spørsmål (27)



Idé: Ravi Pradhan, "Why is soft so hard?", Karuna Management, Inc. USA

Appreciative Inquiry er utvikling basert på en systematisk undersøkelse gjennom en 5 delte modell:

1. Definerer hva vi ønsker å sette fokus på og skape i organisasjonen og hvordan vi ønsker å involvere organisasjon og medarbeidere i dette.
2. En felles utforskning av organisasjonens positive kjerne, forstått som de livgivende faktorer som skaper organisasjonen, når den er mest vital både sosialt, miljømessig og økonomisk.
3. og 4.
Overfører og bygger disse faktorer inn i organisasjonens medarbeidere, strukturer og daglige rutiner.
5. Identifiserer hvilke skritt og initiativer, som vil skape og understøtte det ønskede fokus.

Prosess

Deltakerne på samlingen fikk i oppgave å intervju hverandre parvis ved hjelp av en forhåndsutarbeidet guide. Med utgangspunkt i de ulike rollene og perspektivene deltakerne hadde, ønsket vi å bruke intervjuet til å hente fram de beste erfaringene.

Stikkord var når prosjektet fungerte aller best og ga mest verdi og energi til deltakerne, medarbeidere, ledere eller tjenesten.

Hvilke kloke grep og forutsetninger bidro?

Hvilke resultater har det ført til, og hva skal til for å skape mer av denne type positive erfaringer?

Videre ble erfaringene delt og prioritert. (Intervjuguiden i vedlegg 4). I vår prosess var det hovedsakelig fokus på de første punktene i modellen.

Oppsummering av prosjektet fra de ulike perspektivene.

Fra lederperspektiv blir det trukket frem at prosjektet lykkes med å etablere et tilbud for brukergruppen. Kloke grep som ble fremhevet var at dedikerte medarbeidere ble frigjort og ressurser på tvers av virksomhetene samt eksterne midler ble stilt til disposisjon. Resultatet sett fra lederperspektiv var flere positive ringvirkninger av prosjektet. Videre vil det være avgjørende å prioritere god informasjon til virksomhetene, en felles dugnadsånd med vilje til å investere og ledes mot til å satse.

Medarbeiderne gav uttrykk for at den personlige utviklingen har vært positiv. Det å lære å jobbe annerledes og i et godtfungerende tverrfaglig samarbeid har gitt energi, og har gitt jobben totalt sett et bredere perspektiv. Kloke grep som ble fremhevet var prosjektorganiseringen. Fint med leder som tar ansvar for det overordnede, og stått for driv i gruppen. Leder har latt utviklingen leve sitt liv, men med kontinuerlig justering. Ingenting var ferdig på forhånd, og alle ble løftet opp av egen fagtilhørighet. Vi skapte noe sammen. Det tverrfaglige samarbeidet har vært bra, samt at det har vært kontinuitet i medarbeidergruppen. Økt kunnskap om helsepedagogiske metoder, som ble prøvd ut i praksis fortløpende. Muligheten til å bruke det å lære av hverandre i medarbeidergruppen har gitt trygghet i rollen. Har fått et ”felles språk”. Resultatene medarbeiderne oppgav var økt kunnskap, ny praksis og større trygghet i jobben totalt sett. Sitter ikke fast i vanskelige samtaler på samme måte som før. Er mer prosessorientert i forhold til brukerne og deres ressurser. Har fått større tillit til

Vedvarende forbedring

Modell for implementering og fastholdelse av ny praksis. Mahler, Gustafson og Evans 2013. (28)

Modellen identifiserer faktorer som fremmer og hindrer varige forbedringer, og faktorer det bør arbeides med for å sikre videreføring.

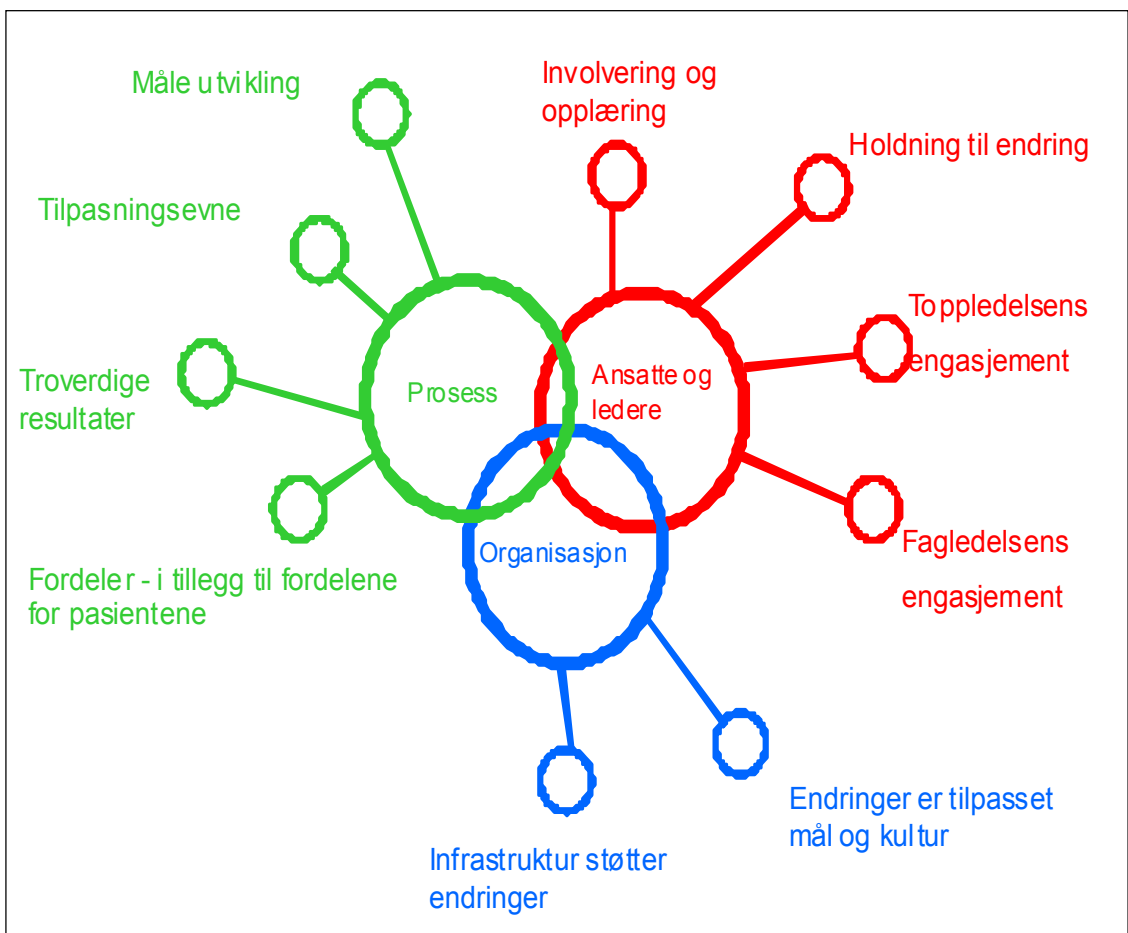
De ulike faktorenes betydning er vektet, og verktøy er utviklet på bakgrunn av analyse av prosjekter, relevant litteratur, samt intervjuer med 200 ledende fagfolk i Institute for Innovation and Improvement (NHS.).

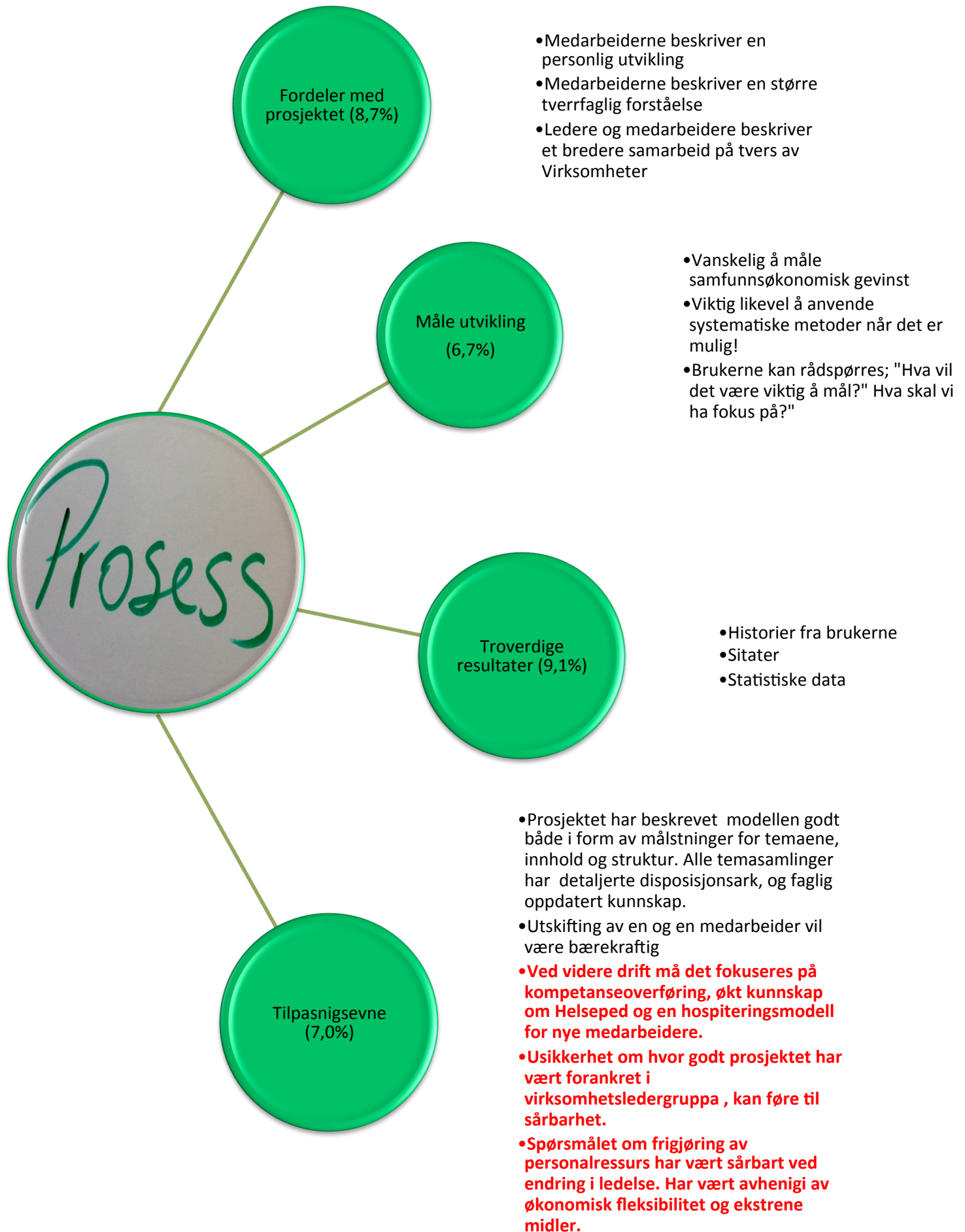
Ved gjentatte målinger kan man måle fremdrift over tid og klargjøre mønstre når det gjelder innføring av endringer i organisasjonen

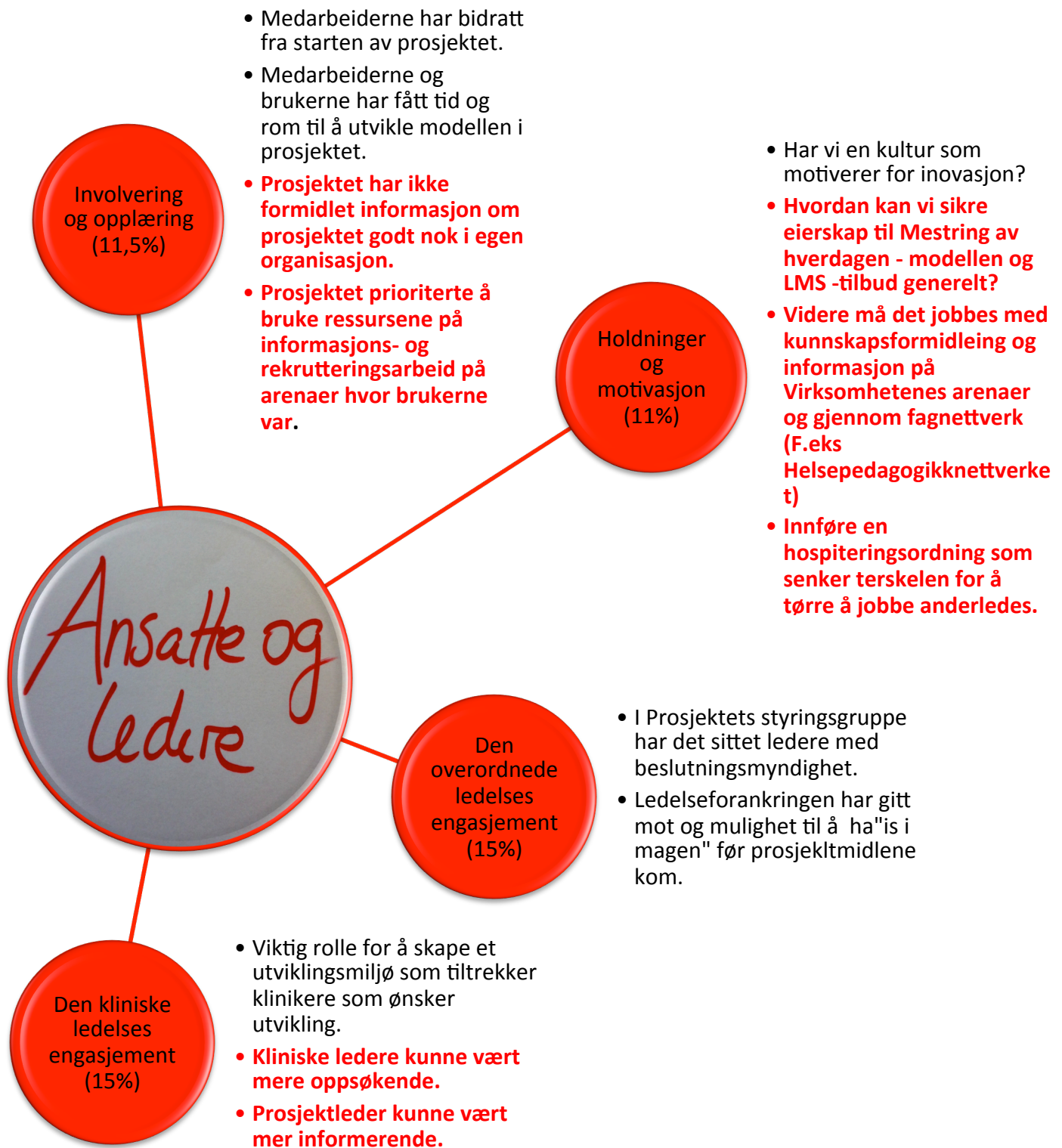
Kritiske suksessfaktorer

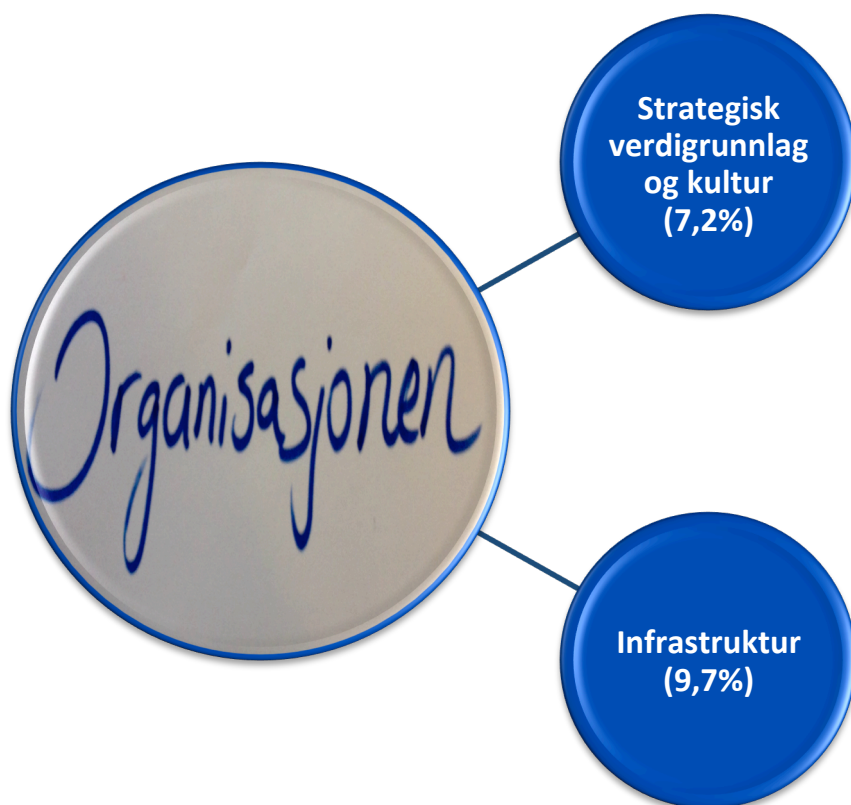
En analyse av det nyetablerte tilbudet gjennom modellen vedvarende forbedring

Modellen ble gjennomgått punktvis med utgangspunkt i erfaringene fra AI intervjuene og refleksjon i plenum. Punkter som er ”obs-punkt” eller momenter hvor det er påpekt et utviklingspotensiale er uthevet med rød skrift i figurene under. Momentene bør ved videre arbeid sees i sammenheng med vektingen som er angitt.









- En tydeligere sammenheng gir større mulighet for at tilbudet vedvarer
- **Kulturen for "Mestring av hverdagen-tilbudet" og et LMS må det jobbes mere med.**

- Prosjektet erfarte at nødvendig tid og økonomisk ressurs ble avsatt til planlegging og gjennomføring.
- Muligheten til å søke om eksterne midler i oppstartfasen var sentralt for å komme igang.
- Politisk og administrativ mot og vilje er avgjørende.
- Satsing på kompetanseheving i Helsepedagogikk.
- **Tydelige funksjonsbeskrivelser**
- **Kommunikasjonslinjene må tydeliggjøres.**

Hovedkonklusjoner og refleksjoner holdt opp mot målene for prosjektet

Prosjektets effektmål var å utvikle en modell som bidrar til meningsfulle aktivitetstilbud i tilstrekkelig omfang og til rett tid, i den hensikt og redusere den enkelte deltakers/brukers hjelpebehov på sikt. Prosjektet skulle også bidra til kvalitetsutvikling av kommunens tjenester til brukergruppen.

Tilbakemeldingene fra brukerne og resultatene av datainnsamlingen tyder på at modellen som er utviklet har vært vellykket. En måloppnåelse på 80 % i forhold til brukernes individuelle målsetninger indikerer at tilbudet har vært meningsfylt og inkluderende for de som har deltatt. Oppgaven vår var å bidra med en liten ”dytt” i retning av at brukerne skulle øke sin bevissthet, og ut fra dette gjøre egne valg som fremmet funksjon og mestring av hverdagen. Oppgaven vår var ikke å lage et varig tilbud for brukerne, men å gjøre dem ytterligere rustet til å ta i bruk de tilbudene som eksisterer i nærområdet ut fra egne behov og forutsetninger.

Tilbakemeldingene fra brukerne etter 3 måneder tyder på at mange har gjort nye valg i livene sine i perioden de har vært involvert i tilbudet. I noen tilfeller har det gitt utslag i at de er tilbake i jobb, mens andre igjen har valgt å redusere tid på jobben for å bruke energi på andre aktiviteter som har hatt større betydning for dem. Noen har også fått hjemmehjelp for å kunne orke å jobbe mer som frivillig i brukerorganisasjonen. Erfaringene har gitt oss grunn til å reflektere over våre antakelser om hva som er viktig. Jobbens rolle i forhold til det å bruke energi på mestring av livet ellers. Vi kan ikke ut fra vårt datagrunnlag si noe om det er ulikheter på dette området i gruppen yngre arbeidstakere kontra eldre (over 50 år). Til dette vil det være behov for en større studie. En erfaring prosjektet har gjort er at en metode som fremmer brukernes samfunnsdeltagelse i mange tilfeller kan øke hjelpebehovet fra kommunen fremfor å redusere det, selv om dette ikke var prosjektets intensjon.

Flere av brukerne har gitt uttrykk for erfaring med å være overlatt til seg selv i forhold til å finne nyttige tilbud i kommunen. Fra å oppleve mye og tett oppfølging på sykehus/opptreningsinstitusjon, blir det et tomrom når de kommer hjem. Utfordringene i hverdagen både i forhold til familie, nettverk, jobb og hjemmesituasjon blir tydelige, og ofte problematiske. Konsekvensene av dette kan på sikt bli at det offentlige hjelpeapparatet må tungt inn, noe vi vet er kostnadskrevende. Tallene viser at 76 % av deltakerne har offentlig hjelp, og at privat fysioterapi omfatter mange. Vi har ikke klart å avdekke om tilbudet ”Mestring av hverdagen” har hatt betydning for å redusere brukernes hjelpebehov på lang sikt, og dermed ikke i hvilken grad tilbudet er kostnadseffektivt for kommunen. Våre brukere oppgir at de ikke har opplevd endringer i perioden prosjektet har vart, men antallet svar er for lite til at det kan trekkes konklusjoner av dette. Det vil det trolig være nødvendig å følge brukerne over et tidsrom på opp mot 2 -5 år. Prosjektet har heller ikke fulgt noen kontrollgruppe uten tilbud.

Prosjektets resultater i forhold til målet om utvikling av kvaliteten på tjenestetilbudet synliggjøres i form av brukernes uttrykte opplevelse av nytte både på kort og lengre sikt. Kvalitetsutviklingen tydeliggjøres også ved medarbeidernes tilbakemeldinger om økt kunnskap, ny praksis og større trygghet i jobben totalt sett. Det å utvikle tilbudet tverrfaglig har gitt bredde til tilbudet, som også brukerne har gitt uttrykk for. Brukere som tidligere har deltatt i likemannsgrupper og selvhjelpsgrupper har gitt uttrykk for utfordringen det kan være å beholde mestringsfokus i disse gruppene. Med den faglige kunnskapen og kliniske erfaringen medarbeiderne har utviklet om gruppeledelse og helsefremmende prosesser, er det naturlig å

tenke seg at dette har hatt innvirkning på gruppenes evne til jobbe strukturert og målrettet. Den positive tilbakemeldingen på evalueringsskjemaets punkt om gruppeledelse antyder også dette. Fra lederperspektiv er det fremhevet de gode erfaringene av at dedikerte medarbeidere ble frigjort og ressurser på tvers av virksomhetene samt eksterne midler ble stilt til disposisjon ved utviklingen av tilbudet. Et viktig resultat for utviklingsarbeid i kommunen er en felles dugnadsånd med vilje til å investere og ledeses mot til å satse.

Underveis i prosjektet er det brukt ressurser på å presentere erfaringer og resultater på arrangementer lokalt og på fylkesnivå. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud har vært en arena for å formidle informasjon om prosjektet både på nettverkssamling og på internett. Dette har ført til henvendelser fra kommuner som har ønsket å starte opp tilbud og som ikke har vært tilknyttet Nevroplan 2015- midlene. Prosjektet har også hatt utveksling av erfaringer med ”Aktiv hverdag” fra Helsenettverk Lister. Det interessante ved dette er at modellene som er sammenlignbare kan fungere både i en storkommune og i mindre kommuner med andre forutsetninger. Den nasjonale overføringsverdien for modellen vurderes derfor som ivaretatt i prosjektet.

Tilbudet ”Mestring av hverdagen” avslutter som prosjekt og er evaluert internt ved hjelp av anbefalte kvalitetsvurderingsmetoder. Viktige forbedringspunkter er oppdaget, og vil følges opp i fortsettelsen. Det vurderes at det er grunnlag for å opprettholde tilbudet som et lavterskeltilbud i det nyopprettede Lærings- og mestringssenteret i kommunen. Modell for kompetanseoppfølging av personale er under utvikling og økonomisk rammer for drift er skissert, men ikke avklart. Modell for vedvarende forbedring vurderes som et nyttig verktøy for evaluering og ytterligere kvalitetsforbedring fremover.

Litteraturliste

1. "Yngre personer med neurologisk sykdommer eller skader". Rapport nr. 1. Senter for omsorgsforskning, Gjøvik. (Romøren TI, (2009)
 2. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cca646be99be45af96eac07a7739234/nevroplan2015.pdf>
 3. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fleksible-tjenester--for-et-aktivt-liv-fagrapport-om-tjenestetilbudet-til-personer-med-neurologiske-skader-og-sykdommer/Publikasjoner/fleksible-tjenester-for-et-aktivt-liv.pdf>
 4. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/rundskriv_i_5_2007.pdf
 5. IPLOS 2008. <http://www.fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=44947>. (pr.11.02.11).
 6. <http://www.parkinson.no/parkinsons1/parkinsons1/>
 7. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
 8. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
 9. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?docId=STM199819990021000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=1>
 10. "Å leve med kronisk sykdom" Gjengedal, Hanestad, Rokne, Cappelen Akademiske 2007
 11. "Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring" av Vifladt og Hopen
 12. Nasjonal erfaringskonferanse om kommunal lærings- og mestringsaktivitet, Trondheim, 31.mai 2012 Liv Hopen
 13. <http://mestring.no>
 14. "Helse og atferdsendring", Prescott og Børtveit, Gyldendal 2011.
 15. Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Jeanne Jackson, Mike Carlson, Deborah Mandel, Ruth Zemke, Florence Clark 1998 og 2011
- 

Langtidseffektmåling av well elderly study.mht
16. Forskningshåndboken 2012
 17. "Samfunnsvitenskapelige metoder", Grønmo S. Bergen, fagbokforlaget 2004
 18. Mc Evoy P, Richards D. Journal of Research in Nursing 2006

19. <http://www.sf-36.org/>
20. Assessing older persons – Measures, meaning and applications, Robert Kane, Rosalie A. Kane 2000
21. Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist. Campbell, A., & Hemsley, S.(2009.)
22. <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/helsesamtalen/Sider/default.aspx>
23. <https://www.datatilsynet.no/personvern/Melding-og-konsesjon/Konsesjonsskjema/Veileder-for-utfylling-av-konsesjonsskjema/>
24. ”Mellom Nærhet og distanse, Kvalitative metoder i samfunnsfag”. (Pål Repstad 2009)
25. "ACTIVE – Activeageing enabled by services and communication technologies" er finansiert av Norges Forskningsråd programområde Helseomsorg. Varighet 2012 - 2015.
26. <http://www.kunnskapssenteret.no/>
27. AI www.kvalitetsforbedring.no
28. Model for implementering og fastholdelse af ny praksis www.cfk.rm.dk
29. Aktivitetsanalysen er et redskap/verktøy beskrevet i MOHO (Kielhofner 1995), Virksomhetsteorien (Opsahl og Ravn 2003).
30. Aktivitetsklokka brukes som verktøy for å oppnå økt bevissthet rundt aktivitetsvaner. Betydningen av aktivitetsvaner beskrives i modell for menneskelig aktivitet.(MOHO, Kielhofner 1995)
31. ”Sosialt nettverk: teori og praksis”, Live Fyrand (siste utg 2005) Universitetsforlaget
32. ”Sorg”, Kari Bugge, Hilde Eriksen og Oddbjørn Sandvik , Fagbokforlaget 2003
33. http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/IS-1972%20Kosthaandboken_Rev2014.pdf
34. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>
35. Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse. Kronikk/innlegg - 2003. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 21, 2003; 123.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/oppmerksomhetstrening-en-metode-for-selvregulering-av-helse>

Vedlegg 1. Motiverende intervju, endringsfokusert rådgivning (MI).

Praktiske eksempler hentet fra boken "Helse og atferdsendring" (14)

Hvordan stiller vi spørsmål og hvordan vi styrer gruppeprosessen mot et resultat? Grunntanken med metodikken MI er å stimulere til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon. Vi prøver å være veiledere, ikke rådgivere.

Eksempel på dette er bevisst bruk av åpne og lukkede spørsmål. Et lukket spørsmål kan besvares med et ja/nei/vet ikke, mens åpne spørsmål inviterer til et fortellende svar.

Åpne spørsmål inviterer til kontakt og tillit, og informasjonen man får frem når brukeren formulerer tanker med egne ord er mer nyttig.

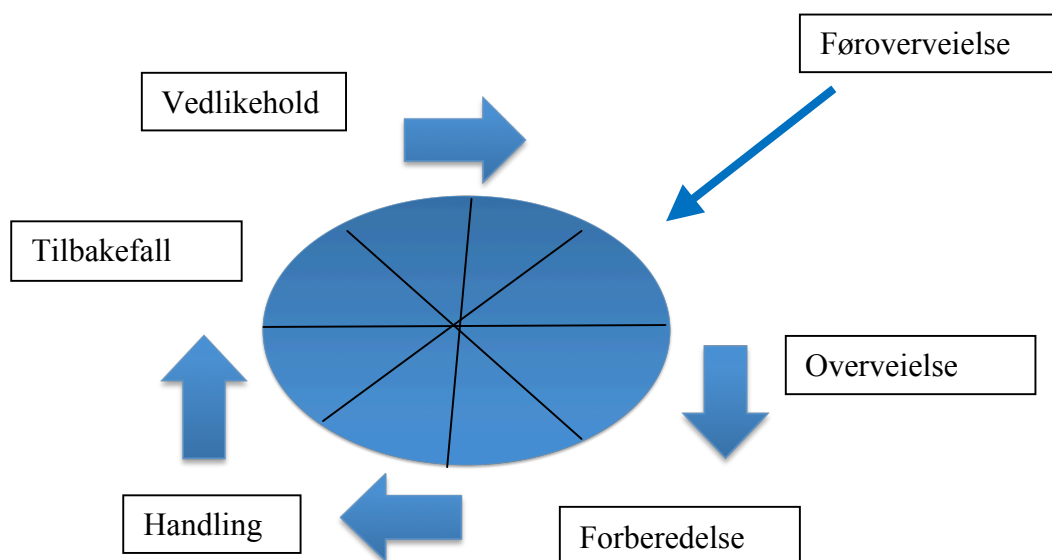
Aktiv lytting/speiling og sammenfatning er et annet eksempel. Det å speile tilbake eksakt hva brukeren sier eller velge å bruke andre ord med samme betydning. Bruker får en bekreftelse, og det blir samtidig mulig å kontrollere at oppfattelsen er riktig.

Ved å reflektere hva bruker sier kan man velge ut deler av det som blir sagt og forsterke dette. Dermed kan man styre bruker mot det som er vesentlig.

Sammenfatning av det som er blitt sagt skaper oversikt for brukeren selv, og kanskje også ny innsikt og klarhet.

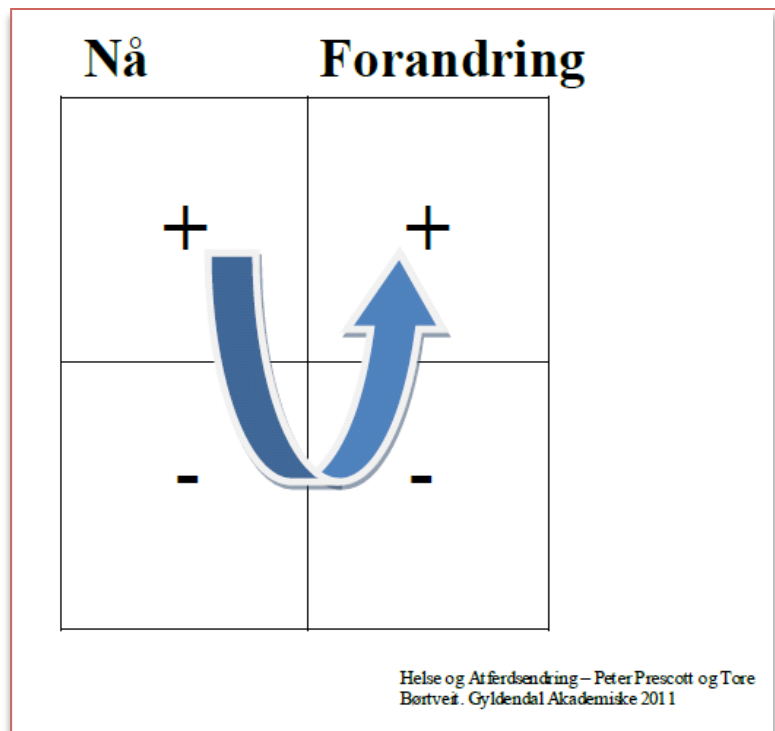
Hensikten med disse teknikkene er å få i gang en god dialog for å finne ut i hvor stor grad bruker er klar for endring. Dette er illustrert gjennom endringshjulet.

Endringshjulet:



Boken "Helse og atferdsendring, Prescott og Børtveit, Gyldendal 2011

Dersom bruker befinner seg i en overveielsesfase i forhold til å gjøre endringer, vil han ikke være mottakelig for råd og anbefalinger i samme grad som hvis han befinner seg i en senere fase i hjulet/prosessen. Endringsfokuserte ytringer i kategorier; motivasjon, beslutningstaking fra brukers side, utsagn om planer og fremgangsmåter, og brukers tiltro til egen evne til gjennomføring. Det er viktigere at bruker får lærdom og nytte på et tidspunkt han er mottakelig enn at fagpersonen får anledning til å formidle sin kunnskap og sine råd.



Når bruker ser at behovet for endring er tilstede, men ikke er i stand til å gå i gang, kan det i dialogen være nyttig å ta i bruk **Ambivalenskorset**. Modellen illustrerer at det også finnes negative sider ved endring og positive sider ved å ikke gjøre endringer, noe som trolig gjør at man holder igjen med å komme i gang. Det å få momentene frem i lyset gjør at det lar seg gjøre å bearbeide dem.

I noen tilfeller vil tema som tas opp være sensitive, som f.eks livsstilsendringer. Her vil det være nærliggende og ofte nødvendig for fagpersonen å gi konkrete råd. MI – metodikken fokuserer på å ivareta brukerens opplevelse av handlefrihet og eget ansvar. Fagpersonen skal derfor forberede bruker på hva som skal tas opp gjennom for eksempel å sette en agenda, gi nødvendig, personlig og relevant informasjon om hvorfor tema skal tas opp, og tillatelse til å ta opp nødvendige tema. Gi rom for å bearbeide informasjonen gjennom åpne spørsmål som ”Hva synes du om dette?”, ”Hvordan passer dette med slik du ser på det?”. Til slutt skal fagpersonen gi en sammenfatning av brukers synspunkter og informasjon som er gitt. Endringsfokuserte utsagn bør trekkes frem. Dette er en form som preges mer av en utveksling av informasjon mellom to parter enn en monolog av råd fra fagpersonens side.

Vedlegg 2. Brosjyren



Lærings- og mestringssenteret

erfaringer ressurser løsninger
erfaringer ressurser løsninger
erfaringer ressurser løsninger
erfaringer ressurser løsninger
erfaringer ressurser løsninger

VELKOMMEN TIL GRUPPETILBUD
- for brukere med nevrologiske skader/sykdommer

Lærings- og mestringssenteret

Mestring av hverdagen

Tilbudet starter opp med en kartlegging av ressurser, behov og forventningssavklaring. Det utarbeides individuelle mål sammen med den enkelte deltaker, og målene evalueres ved avslutning. Tilbudet består videre av et gruppetilbud som ledes av fagpersoner med helsefaglig kompetanse, og baserer seg på at deltakerne utveksler og deler erfaringer. Gruppen har fokus på deltakernes ressurser og potensial samt hvordan håndtere dagliglivets utfordringer. Temaene vi tar opp i gruppesamlingene er blant annet mestring og mestringsstrategier, utfordringer i hverdagen, aktivitetstilpasning/disponering av energi, aktivitetstilbud, det sosiale livet og livsstil.

Et tilbud for

Brukere som er bosatt i Drammen. Har ønske om å delta i likemannsgruppe og har evne til sosial deltakelse. Du bør ha hatt skaden en stund, og gjort deg noen tanker om nye utfordringer i hverdagen. Tilbudet er mindre aktuelt ved demens, alvorlig psykisk lidelse, rus/alkoholmisbruk eller omfattende språkproblemer. Antall deltakere i gruppen er 6-8 personer.

Tidspunkt

- Gruppetilbudet skal foregå på onsdager
- Totalt 10 samlinger
- Kl. 12.30 – 14.30 inkl. pauser

Sted

Lærings- og mestringssenteret
Landfalløya 78
3023 Drammen



- Nærmeste busstopp: Olaf Bergers vei (Rosenkranzgata)
- Tilbudet er gratis
- Det forutsettes at du kan komme til Gamle Fløya på egenhånd.



Kontakt oss:

Randi Klemetsen, Siri Mile, Gunvor Lærum og Christin Tjømmø Bekkelund



www.drammen.kommune.no

Mestring av hverdagen

e-post: lms@drmk.no

Telefon: 909 49 418 eller kommunens sentralbord 03008

Vedlegg 3. Spørreskjema til pårørende



Prosjekt "Mestring av hverdagen" - Spørreskjema til pårørende

*Hensikt med skjemaet er å vurdere nytten av gruppetilbudet.
Besvarelsen er frivillig og anonym.*

1. Din relasjon til gruppedeltakeren: _____
2. Har du som pårørende fått kjennskap i hva gruppetilbudet innebærer?
Ja: Nei:
Kommentar: _____

3. Kjenner du til hvilken målsetting din nærmeste har hatt for gruppetilbudet?
Ja: Nei:
Kommentar: _____

4. Har du opplevd endringer hos din nærmeste i løpet av tiden gruppa har pågått?
Ja: Nei:
Kommenter evt med eksempel : _____

5. Hadde du som pårørende ønsket å blitt sterkere involvert i tilbudet?
Ja: Nei:
Kommentar: _____

6. Hvilke råd vil du gi oss som i forhold til dette gruppetilbudet (temaene som belyses, antall ganger, arbeidsmåter, etc.)?

Vedlegg 4. Beskrivelse av modellen

Grunntanken

Modellen har sin forankring i at tilbudet skal være lærings- og mestringsforankret hvor den enkelte deltaker/bruker selv ”sitter bak rattet”. Metodene i modellutviklingstilbudet bygger likemannsutveksling, personlig utforskning, erfaring og dokumentert kunnskap. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud dvs. at deltaker/bruker ikke trenger henvisning fra lege for å delta i tilbudet.

Strukturen

Varighet

Gruppen samles 10 ganger med en varighet på 2 timer med 15 minutters pause. Grappesamlingen har fast struktur for å skape forutsigbarhet - lettere å holde oversikten for brukere med nedsatt utholdenhet og oppmerksomhet

Antall

Gruppene består av 6-8 personer, og ledes av en av fagpersonene. En fører ordet, mens en annen bistår og den tredje skriver referat. Rollene rullerer fra samling til samling.

Fleksibilitet

Temaene består av faste og noen fleksible temaer basert på de ulike gruppenes behov. Dette for både å gjøre det lettere å evaluere innholdet i gruppene totalt sett i Prosjektet, men samtidig kunne ivareta fleksibiliteten i forhold til å tilpasse tilbudet til brukerens individuelle behov.

Tema- og disposisjonsark

Alle møter inneholder et tema – ark med tilhørende disposisjons-ark for gruppeleder.(vedlagt eks) Alle tema har en tilhørende aktivitet. Strukturen på møtene er fast. Det legges opp til en tydelig forutsigbarhet for brukerne samt muligheter for å komme med refleksjoner og innspill. Refleksjoner og deling rundt dagens tema, men også innspill til utforming av innhold i tilbudet.

Referat

Hvert møte innledes med et kort referat fra forrige samlings tema. Dette er ment som gruppens felles hukommelse, men gir også muligheter for å komme med kommentarer eller tanker man har gjort seg om temaet i tiden mellom samlingene. I mange tilfeller kan et tema føre til at brukerne prøver ut nye eller alternative aktiviteter relatert til temaet, og det er viktig at det gis rom for å fortelle, evaluere og få veiledning på dette.

Gjennomføring

Deretter introduseres dagens tema. Tema presenteres enten via en deduktiv metode som f.eks; informasjon eller lesing av en relevant tekst, eller en induktiv metode hvor refleksjon igangsettes ved hjelp av flip over e.l. Hensikten er å få i gang en refleksjon og dialog om tematikken, men også å sikre at gruppen har samme forståelse av hva som skal diskuteres.

En aktivitet knyttes til alle tema og har til hensikt å jobbe med egne utfordringer, og metoder for å bearbeide og mestre disse. Det er en viktig side av effektiv læring å aktivisere ny atferd så raskt som mulig (Helsepedagogikk- Vifladt og Hopen, kap 6). (11). Øvelser gjøres både introvert, men det å ta opp en av brukernes problemstilling i fellesskap er også mye brukt.

Gruppesamlingen avsluttes med oppsummering og avrunding av dagens tema og informasjon om tema på neste møte, evt beskjed om forberedelser som deltakerne må gjøre. Gruppedeltakerne oppfordres til å skrive ”dagboknotat” i forhold til temaene og egen prosess ifht målene som den enkelte er satt opp.



Tema på gruppesamlingene

Temavalget er gjort med utgangspunkt i studier av sammenlignbare tilbud, litteratursøk, diskusjoner i den tverrfaglige medarbeidergruppen og tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere og brukerne i Pilotgruppen.

Mestring

Mål:

Bli kjent, forventningsavklaring, gi innblikk i hensikt med tilbudet for deltakerne, Grupperegler. Presentasjon av deltakerperm.

Hva legger dere i det å mestre? Fokus ressurser, dine sterke sider, hva er du flink til, hva får du til, hva liker du gjøre i hverdagen?

Spørsmål:

Hvordan løser dere utfordringer?

Er det noen som har et eksempel som de ønsker å dele?

Hvordan kan vi lære av dette eksempelet?

Er det noen aktiviteter dere har drevet med tidligere som dere har sluttet med?

Utfordringer i hverdagen

Mål:

Identifisere en utfordring, og lære en metode å møte utfordringer på.

Aktivitet:

”Aktivitetsanalyse” (29)

Hvilke situasjoner eller aktiviteter kunne hver enkelt av dere tenke dere å jobbe med?

Er det noe du nå kvier deg for, men som du har lyst til å få til?



Energiøkonomisering

Mål:

Kjennskap til begrepet energiøkonomisering. Kunnskap og refleksjon rundt arbeidsbesparende metoder

Spørsmål:

Hva tenker dere om teknikken Aktivitetstilpasning?_

Hva er **god hvile** for dere?

Når henter dere energi?_

Nytt stoff eller noe dere allerede gjør i hverdagen?

Aktivitet:

Aktivitetsklokke (30)

Aktivitetstilbud

Mål:

Informasjon om ulike aktivitetstilbud i kommunen.

Bli kjent med Mosjonskatalogen for Drammen, eller invitere/opsøke et interessant tilbud. DOT/Turistforeningen er benyttet.

Planlegge aktivitet

Mål:

Planlegge å foreberede gruppeaktivitet ute.

Gjennomføre aktivitet

Mål:

Gjennomføre aktiviteten ved hjelp av hverandre og egeninnsats etter planen. Evaluere.

Sosialt nettverk

Mål:

Fokus på nåværende nettverk, og en eventuell endring. Se relasjon mellom sosial kontakt og god helse.

Aktivitet:

Nettverkskart her og nå, i fremtiden og handlingsplan. (31)

Reaksjonsfaser

Mål:

Identifisere hvilken fase man selv er i, og hvordan du kan komme videre. Refleksjoner og erfaringer fra deltakere fra egen situasjon.

Spørsmål: Hva skjedde med deg/hvilke reaksjoner hadde du? Hvordan kom du deg videre?

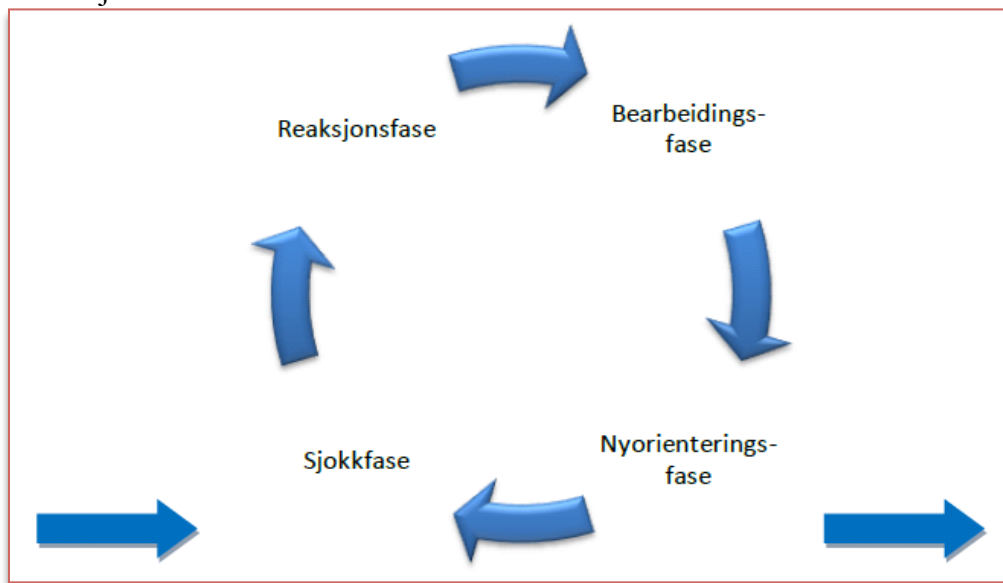
Aktivitet:

”Fasemodellen ” (32). Vi ønsker at dere skal klare å gjenkjenne hvor dere befinner dere, hvordan dere har det og hvordan dere kommer dere videre, slik at dere er bevisst når dette skjer og at dere raskere kan komme ut av en dårlig fase.

- Hvor befinner du deg i den prosessen nå?

- Hvordan takler du endringer ifth skaden? - Hvordan finner du glede i hverdagen etter sykdommen/skaden?

Illustrasjon av fasemodellen:



Livsstil

Mål:

Identifisere hvordan nåværende livsstil kan påvirke sykdom/skaden?

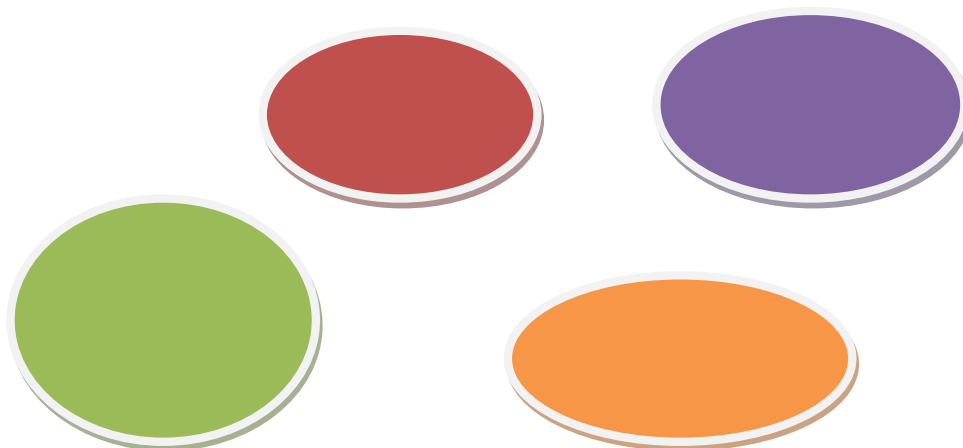
Spørsmål:

Hva legger dere i livsstil? Hva gjør du i dag som bidrar til en god livsstil?

Hvordan oppsøker dere kunnskap om hva som er bra for dere?

Ut fra stikkordene brukerne presenter, dannes det en meny og brukerne velger hvilke tema de ønsker å fokusere ytterligere på. (14).

Velge tema i meny:



3 alternativer som er utarbeidet:

Kosthold og ernæring.

Mål:

Bevisst forhold til kosthold og kronisk skade/sykdom . ”Kostholdshåndboken” (33)

Aktivitet:

Deltakerne har fått skjema ”Hva spiser jeg:” til utfylling i ”hjemmelekse”. Skjema gjennomgås med påfølgende spørsmål knyttet til hverdagen:

Hvordan vil jeg at kostholdet mitt skal være?

Hva ønsker jeg å endre?

Hva skal til for å få til en endring?

Hva skal jeg gjøre først?

(f.eks, mobilitet, vansker med å få tak i råvarer, kunnskap om kosthold, uenighet om å prioritere sunt kosthold?)

Fysisk aktivitet

Mål:

Bevissthet og økt kunnskap om generelle anbefalinger og spesielle anbefalinger knyttet til diagnose. ”Aktivitetshåndboken” (34)

Aktivitet:

”**Ambivalenskorset**” (14) Hva er positivt ved nåværende situasjon

Hva er negativt? Hvis du endrer hva vil være positivt og hva vil være negativt? I hvor stor grad ønsker du å få til en endring?

Hva må til for å få til en endring, hva er første steg?

Oppmerksomhetstrening / Mindfulness

Mål:

Gi et lite innblikk i en metode for stressmestring. Kjenne på balanse mellom aktivitet og hvile. Michael deVibe, Seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (35)

Aktivitet:

Meditasjonsøvelser sammen og som hjemmeøvelse

Ressurser

Mål:

Avslutning og avrundning av gruppa. Identifisere ressurser hos seg selv og andre. Lage ytterligere mål og plan for perioden frem til 3 mnd samlingen

Aktivitet:

Gi hverandre en liten positiv hilsen å ta med seg videre på lapp. Feks positive egenskaper du har lagt merke til hos de andre. Hva har du satt pris på hos de andre i gruppa som du tenker at de kan ta frem en dag de trenger det spesielt? Formulere i ett ord, eller en setning. -Når dere har skrevet ned så ønsker vi at dere selv leser opp og gir til den det gjelder.



Vedlegg 4. Intervjuguide AI

Intervju om nøkler til Mestring av hverdagen

Dere som er her har ulike roller og perspektiver på prosjektet. Vi ønsker å bruke dette intervjuet til å hente fram deres beste erfaringer.

Stikkord kan være når prosjektet fungerte aller best og når det ga mest verdi og energi til deltakerne, medarbeidere, ledere eller tjenesten? Det kan være en konkret situasjon eller en mer generell opplevelse.

En er gruppeleder og sørger for at alle slipper til og at tidene overholdes.

En annen skriver mest mulig detaljerte referater fra diskusjonene i gruppa.

09.30

1.1: Parvise intervju om din beste erfaring med prosjektet. (2 x 10 min)

Vi ber deg som intervjuer skrive notater på dette arket.

Dette skal innleveres og brukes i det videre arbeidet, så vennligst skriv forståelig.

Navn på den du intervjuer	Rolle i prosjektet

1. Hva opplevde du som mest positivt i prosjektet ut fra ditt perspektiv?
2. Hvilke kloke grep og forutsetninger bidro til at det ble så vellykket? Skriv disse ned.
3. Hvilke resultater har det ført til for deltaker(ne), for medarbeidere, ledere som har fulgt prosjektet og tjenestene som har bidratt med ressurser?
4. Hva skal til for å skape mer av denne type positive erfaringer?

09.50

1.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (18 min.)

Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt med fokus på kloke grep og viktige forutsetninger for å lykkes. Bruk 3 minutter hver.

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

10.05

1.3: Gruppediskusjon (22 min)

Velg ut en nyttig erfaring som skal presenteres i plenum.

Er det fellestrekk i erfaringene deres?

Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.

Pause

1.4: Plenum (15 min pr bord)

1.5: Oppsummering

Hvordan kan disse erfaringene brukes i den videre driften av Mestring av hverdagen?

Hva har dere lært og i hvilken grad kan dere bruke dette i andre sammenhenger?

Vedlegg 5. Konsekvenser for praksis – rammeforslag for videre drift

På bakgrunn av den oppsummerende samlingen med ledere, medarbeidere og brukere, og alle innspillene som ble behandlet ut fra 5 punkts modellen til AI og verktøyet vedvarende forbedring, er det utarbeidet et forslag til ramme for videre drift.

Denne er ikke diskutert og vedtatt internt pr.d.d.

Ambisjon:

Mestring av hverdagen modellen fortsetter i Lærings- og mestringssenteret som et lavterskeltilbud.

Tilbudet kan utvides til også å omfatte andre brukergrupper enn de nevrologiske.

Frekvens:

Minimum 2 grupper pr år.

Ressursbehov medarbeidere:

Gruppeleder i 12 uker, 5 timer hver gang, og Medleder i 12 uker, 4-5 timer hver gang.

Medleder blir neste gruppes Gruppeleder.

Ressursbehovet vil tilsvare 2 medarbeidere som jobber 60 timer pr. år og en medarbeider som jobber 120 timer pr. år.

Kostnad pr time:

Årslønn	Antall timer pr.år	Timesats	+ferie-Penger 12,00%	+pensjon 10,85%	+arb.avg. 14,10%	Total kost Pr.time
450 000	1 950	230,77	258,46	286,50	326,90	326,90

Totalt: En medarbeider pr. gruppe: 21 582,-

Oppgaven omfatter:

- Rekrutterings og informasjonsarbeid
- Kartleggingssamtaler
- Dokumentasjon i elektroniske journal
- Forberedelse og fasilitering av gruppa
- Gruppeledelse
- Veiledning av hospitanter
- ”Innslusing” av nye medarbeidere som i tillegg får opplæring i Helsepedagogikk og rammemodellen for LMS, ”Standard Metode”

Dokumentasjon av opplevd nytte for brukerne:

Et vurderingsskjema utarbeidet av LMS tas i bruk.

Rapportering til Virksomhetene:

Rapporteringspunkter til Virksomhetene må formaliseres og samsvare med målene i MRS (Kommunens Mål, Resultat og Styringssystem). Dette krever ytterligere avklaring. (Ressursbruk, antall deltakere i gruppene, antall grupper, opplevd nytte for brukerne?)