

# Prosjektplan for ”Heimebasert rehabilitering for pasientar med hjerneslag i kommunane Stord, Bømlo og Fitjar”

Prosjektet er organisert under Helsetorgmodellen, og er eit samarbeid mellom kommunane Stord, Bømlo og Fitjar, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund



Prosjektgruppe: Helse Fonna: Berthe Rossebø

Stord kommune: Astrid Larsen (prosjektleder)

Bømlo kommune: Anne Beth Njærheim

Fitjar kommune: Kari Raunholm

Høgskolen Stord/Haugesund: Bente Kvilhaugsvik

Brukarrepresentant: Brit Gravdal

## Innhald

Innhald.....	2
Samandrag.....	5
Mandat.....	6
1. Innleiing.....	7
2. Aktuelt lovverk og sentrale føringar.....	8
2.1. Samhandlingsreforma.....	8
2.2. Rehabilitering.....	9
2.3. Pasientrettar og garanti for verdigheit.....	10
3. Teoretisk bakgrunn og erfaring.....	10
3.1. Kunnskapsbasert praksis.....	10
3.2. Nasjonale faglege retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag.....	10
3.3. Regional plan for slagbehandlingskjeda/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest.....	11
3.4. Studiar med tidleg støtta utskriving.....	11
3.5. Personsentrert og motiverande intervensjon ved hjerneslag.....	12
3.6. Det vert ikkje satsa nok på rehabilitering i kommunehelsetenesta.....	13
3.7. Å beskriva prosessar i eit aktør-nettverk-teoretisk perspektiv.....	13
3.8. Kostnadseffektive tiltak.....	13
4. Pasientforløp i Helse-Fonna før oppstart av prosjektet.....	14
4.1. Rehabilitering i Helse-Fonna.....	15
4.2. Rehabilitering i kommunane Stord, Bømlo og Fitjar før start av prosjektet.....	15
4.3. Manglar i behandlingsskjeda.....	16
5. Meininga med prosjektet.....	17
6. Mål.....	17
6.1. Delmål.....	18
7. Praktisk gjennomføring.....	18
7.1. Lengst mogleg i eige liv.....	18
7.1.1. Rehabiliteringsteam kontra heimesjukepleie.....	19
7.1.2. Kjellbergs råd til kommunar som ønskjer å bruka erfaringar frå Fredericia.....	19
8. Avgrensing.....	20
9. Gjennomføringa – framstilling av ny samhandlingsmodell.....	20
9.1. Ambulant team stasjonert i slageining – og koordinator for rehabiliteringstilbod for den enkelte pasient stasjonert i kommunen.....	21

9.2.	Rolla til saksbehandlar.....	22
9.3.	Kompetansebygging .....	22
9.3.1.	Fagdag og felles fagleg møte før start .....	22
9.3.2.	Kompetansebygging i det daglege arbeidet med rehabilitering .....	22
9.3.3.	Sjukepleiestudentar som følgjer prosjektet .....	23
10.	MILEPÆLAR.....	23
10.1.	Suksesskriteriar, eller kva må vera på plass dersom vi skal lukkast? .....	24
11.	Inklusjonskriteriar.....	24
12.	Eksklusjon .....	25
13.	Etikk og risikovurdering .....	25
14.	Organisering av prosjektet .....	25
14.1.	Styringsgruppe for Helsetorgmodellen .....	25
14.2.	Driftsgruppe for Helsetorgmodellen .....	26
14.3.	Prosjektgruppe .....	26
14.4.	Referansegruppe .....	26
14.5.	Premisser prosjektet legger til grunn .....	28
14.6.	Budsjett 2011 og 2012.....	28
	Inntekter:.....	28
	Utgifter: .....	28
	2011:.....	28
	2012:.....	28
	2011:.....	29
	2012:.....	29
14.7.	Krav om universell utforming.....	29
15.	Evalueringsverktøy .....	29
15.1.	Konsesjon .....	30
15.2.	Fokusgruppe for å finna gode spørsmål til spørjeskjema .....	30
15.2.1.	Nokre synspunkt i fokusgruppa.....	31
15.3.	Såkorprosjektet som har laga spørjeskjema til fastlegar m.fl. ....	31
15.4.	Spørjeskjema til ambulant team, koordinatorar og heimetreningar.....	31
15.5.	Spørjeskjema til pasientar og pårørande .....	32
15.6.	Kvalitative intervju med nokre pasientar etter rehabilitering .....	32
15.7.	Måling av ADL.....	32
16.	Sluttrapport .....	33

17.	Evaluering.....	33
17.1.	Beskriving av samhandlinga i ny samhandlingsmodell .....	33
18.	Forventa resultat .....	33
	Litteratur.....	34

## Samandrag

I dette utviklingsprosjektet prøver ein ut samhandling og kompetanseoverføring mellom nivå ved at pasientar som har hatt hjerneslag (apopleksi) få rehabilitering i heimen. Prosjektet omfattar kommunane Stord, Bømlo og Fitjar. Prosjektet varer frå 1. mars til 31. desember 2012. Pasientane vil få akutttoppfølgjing i slageining. Rehabiliteringa vert følgt opp av eit ambulant team og ein koordinator i open omsorg i kommunehelsetenesta. Rehabiliteringsperioden vert inntil seks månader for kvar pasient.

Dette er samstundes eit interkommunalt prosjekt. Det ambulante teamet er eit samarbeid mellom dei tre kommunane med 0,4 årsverk kvar, og helseføretaket med 0,6 årsverk. Det ambulante teamet er tverrfagleg og skal arbeida over kommune- og nivågrenser. Det vert laga ein rehabiliteringsplan for kvar pasient. Teamet samarbeider tett med koordinator for den enkelte pasient i kommunehelsetenesta.

Den daglege oppfølginga i heimen vert leia av koordinator, som oftast pasientansvarleg sjukepleiar i open omsorg. Både ambulant rehabiliteringsteam og koordinator samarbeider tett med pasientansvarleg lege, pasient, pårørande og andre som er viktige for pasienten. Koordinator har ansvar for å kalla inn til nettverksmøte.

Samhandling, kompetanseoverføring og opplevt kontinuitet i behandlinga vil bli omtalt. Ein viss grad av måling vil skje ved lokalt utarbeidd spørjeskjema til pasientar og pårørande. Det vert også laga eit enkelt spørjeskjema til ambulant team, koordinatorane og personale som arbeider direkte med rehabiliteringa i det daglege. Spørsmål til begge skjema er utarbeidde på grunnlag av undersøkingar gjort av kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2011), og ved hjelp av fokusgruppeintervju med styret i Hordaland lokallag for Landsforeningen for hjernslagammede (LFS).

Endring med omsyn til ADL-funksjonane til pasientane, og dermed endring i behov for offentlege tenester, vil bli evaluert.

Rehabilitering er ressurskrevjande i rehabiliteringsperioden, men medverkar truleg sterkt til at kommunane over tid får betre ressursutnytting. Pasientar som vert flinkare i daglege aktivitetar som resultat av rehabilitering, gjev lågare kommunale kostnader over tid. Ønskt resultat for prosjektet er at den nye samhandlingsmodellen skal gje eit meir heilskapleg og samanhengande pasientforløp enn før, samstundes som det skal kunna forsvarast økonomisk. Vi forventar at intervensjonen skal bidra til at pasientforløpa vert opplevde som gode, og at dagleglivets aktivitetar (ADL) vert positivt endra.

## Mandat

Fase 1 (1/10 2011 - 31/12 2011):

- «Gå gjennom dagens pasientforløp til pasientar med hjerneslag og som treng rehabilitering, og føreslå forbetringar og nye samhandlingar – nytt og betre pasientforløp i samsvar med målsetjinga.
- Beskriva ny samhandlingsmodell med etablering av tverrfagleg team for å sikra tidleg utskriving og rehabilitering i heimen til pasienten. Kva trengst av ressursar? Interkommunalt team? Delte stillingar? Kva funksjon skal det tverrfaglege teamet ha?
- Beskriva korleis ein skal sikra nødvendig kompetanseheving.
- Opparbeida felles forståing for fagfelt og metodikk.
- Finna teori, forsking, studiar, artiklar og erfaringar frå andre som vi kan støtta oss på.
- Korleis kan spesialisthelsetenesta i Helse Fonna, Stord, Bømlo og Fitjar og høgskulen HSH arbeida med omsyn til rehabiliteringa? Kven er viktige samarbeidpartnarar, og kva er viktige samarbeidsarenaer og -strukturar?
- Korleis skal vi måla effekten av tiltaka?» (Nemeth, 2011).

Fase 2 er frå 1.mars til 31. desember 2012. I denne perioden skal ein gjennomføra tiltaka som er føreslåtte, og mellom anna starta tverrfagleg team. Styringsgruppa skal få evalueringssrapportar med jamne mellomrom.

Vi ser at dei ulike fasene vert fletta i kvarandre.

## 1. Innleiing

Kvart år er det 15.000 personar i Noreg som vert ramma av hjerneslag. Ein reknar med at talet vil auka mykje i åra som kjem, i takt med auken i talet på eldre. Om lag ein tredjedel av alle dødsfall i Noreg skuldast hjerneslag. Mange av dei som overlever får store funksjonshemmingar. Sterke funksjonshemmingar fører til at pasientane treng mykje hjelp frå det offentlege. Både dei personlege og dei økonomiske følgjene vert store. På denne bakgrunnen kom Helsedirektoratet i 2010 med nye «Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (Helsedirektoratet, 2010).

Samhandlingsreforma (Stortingsmelding nr. 47) legg opp til at kommunane framover skal få eit større ansvar for pasientgrupper som tidlegare har fått behandling i spesialhelsetenestene. Det er behov for å arbeida meir med førebygging, og å utvikla gode pasientforløp med gode nok samordna tiltak på tvers av nivå i helsevesenet.

For å møta utfordringane i Samhandlingsreforma har Helse Fonna (HF), Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) og nærliggande kommunar starta eit samarbeid som går under namnet «Helsetorgmodellen». Det viktigaste grepet i modellen har vore oppretting av ei sams forskings- og utviklingseining (FOU-eining). I samband med denne er det sett i gang samarbeidsprosjekt mellom kommunar, HF og HSH. Målet er betre samhandling mellom nivå, og å få til betre pasientforløp for pasientgrupper som det blir viktig å ha eit godt tilbod til i tida som kjem (Helsetorgmodellen u.å.)

Anne Brith Njærheim har laga ein forstudie med tanke på kartlegging av rehabiliteringsbehovet i Stord, Bømlo og Fitjar. Forstudien var ferdig våren 2011 (Njærheim, 2011). Njærheim konkluderer med at det bør etablerast eit samarbeid om rehabilitering mellom dei tre kommunane. Prosjektgruppa tilrår ein pilotstudie der ein prøver ut heimerehabilitering etter modell frå Fredericia kommune i Danmark, og at det vert oppretta intermediære senger for rehabiliteringspasientar.

På bakgrunn av rapporten hadde styringsgruppa for Helsetorgmodellen møte 15. juni 2011. Det vart bestemt å starta eit pilotprosjekt som nemnt ovanfor, med støtte frå ambulanseteam (Referat frå 15. juni 2011).

Den delen av styringsgruppa for Helsetorgmodellen som var aktuell i desse kommunane, hadde eit nytt møte på Stord 14. september 2011. Det var semje om å *starta eit forsøksprosjekt der ein prøver ut samhandling og kompetanseoverføring mellom nivå når pasientar som har hatt hjerneslag (apopleksi) får rehabilitering heime.*

## **2. Aktuelt lovverk og sentrale føringar**

### **2.1. Samhandlingsreforma**

Samhandlingsreforma (St. meld. nr. 47, 2008–2009) fokuserer på ressursutnytting og på helsehjelp på beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Frå 1. januar 2012 får kommunane større ansvar for rehabilitering av utskrivingsklare pasientar. Hjelpa til pasientar i helsevesenet må bli betre samordna enn før, slik at pasientane som treng hjelp både frå spesialist- og kommunehelsetenesta skal oppleva kontinuerleg og meir heilskapleg behandling. Dette er også god samfunnsøkonomi. Samhandlingsreforma legg vekt på det ansvaret menneske sjølve må ta for helse si, og vil at pasientane og organisasjonane deira aktivt hjelper til med å få til heilskapelege pasientforløp. Det vert lagt vekt på at behovet må identifiserast tidleg, og at førebyggjande og behandlande tiltak må setjast i verk raskt for å unngå forverring av sjukdom.

Regjeringa seier at det kan verta lovpålagt å sørgja for at pasientar med behov for samordna tenester skal ha ein person som kontaktpunkt, og som har ansvaret for at tenestene vert samordna (Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009). Dette kravet vert styrkt i ny/endra «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» (FOR 2011-12-16, §21), som seier at kommunen skal tilby ein koordinator til pasientar som har behov for langvarige og samordna tenester etter helse- og omsorgstenestelova. Det gjeld også når pasienten ikkje har individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Formålet med endring av forskrifta er at pasienten skal få eit meir heilskapleg, samordna og personleg tilpassa tenestetilbod, og at samhandling skal styrkast. Dette gjeld samhandling mellom tenesteytar og pasient, brukar og eventuelt pårørande, og mellom tenesteytarar og



etatar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det skal lagast berre *ein* individuell plan. Når pasienten treng langvarig oppfølging og tenester både frå spesialisthelseteneste og kommune, skal kommunen oppnemna ein koordinator uavhengig av om pasienten ønskjer individuell plan eller ikkje. Helseføretaket skal medverka i arbeidet med ein individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunane må førebu seg på fleire og nye oppgåver, også av di «... *den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.*» (Birkeland og Flovik 2011).

## **2.2. Rehabilitering**

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

Same forskrift gjeld i kommune- og spesialisthelsetenesta. Personar med samansette behov skal bli møtte ut frå eit samordna og tverrfagleg perspektiv der hjelpa skal vera planlagt. Hjelpa skal gjevast i pasientens vante miljø, og i ein samanheng som vert opplevt som meiningsfylt. Innsatsen skal stimulera pasientane slik at dei kan læra, bli motiverte, meistra og fungera betre i eigne liv. Kvar pasient skal vera med og planlegga, gjennomføra og evaluera rehabiliteringstilbod som vert gjeve. Kommunane skal ha ei eining som samordnar rehabilitering. Eininga skal vera synleg og lett tilgjengeleg.

Spesialisthelsetenesta skal gje nødvendig hjelp til rehabilitering i og utanfor institusjon, og skal samarbeida med kommunane om rehabilitering. Den skal ha ei koordinerande eining som skal ha oversyn over rehabiliteringstiltak i helseregionen. Spesialisthelsetenesta har plikt til å syta for nødvendige undersøkingar og utgreiingar av pasientar som treng rehabilitering, og syta for intensiv trening når det trengst. Tenesta kan vera ambulent. Pasientar med langvarige og samansette behov har krav på individuell plan, og har rett til å vera med på å utarbeida planen. Målet er at pasienten skal oppleva eit heilskapleg, samordna og individuelt tilpassa tilbod for behova sine (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

### **2.3. Pasientrettar og garanti for verdigheit**

Pasientrettlova (1999) og Verdigheitsgarantien (2010) legg vekt på autonomien til pasienten, og at pasienten skal ha høve til til livsutfalding som samsvarar med han/hennar grunnelggande behov og ønskje. Integritet og verdigheit skal sikrast.

## **3. Teoretisk bakgrunn og erfaring**

### **3.1. Kunnskapsbasert praksis**

Helse Vest legg vekt på at helsetenesta må basera seg på det beste av tilgjengeleg kunnskap. Ein legg vekt på «*Kunnskapsbasert praksis*» (KBP) (Helse Vest 2011). I KBP seier ein at faglege avgjerder må takast på grunnlag av kunnskap frå systematisk forskning, frå kunnskap samla ved systematisk og gjerne lang erfaring, og på pasientens kunnskap, ønskje og behov (Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

### **3.2. Nasjonale faglege retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag**

Nasjonale retningslinjer vert laga på grunnlag av internasjonalt anerkjende metodar, og skal sikra god kvalitet og ressursbruk. Dei nye nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag byggjer på systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av studiar, og av vurderingar gjort i arbeidsgruppa som arbeidde med planen. Ved å bruka retningslinjene som standard for praksis i rehabilitering av hjerneslag av pasientar med hjerneslag, sikrar ein at pasientane får behandling av god kvalitet, støtta av forskning (Helsedirektoratet 2010).

Hovudmålet for behandling av pasientar med hjerneslag er overleving, og å redusera funksjonshemming. For å klara dette er det viktig at pasienten kjem raskt til sjukehus, får akuttbehandling, og vert overført til slageining. Erfaring viser at førebygging av komplikasjonar, tidleg mobilisering og overleving heng nøye saman. Så snart pasienten er medisinsk stabil, til vanleg innan eit døger, skal difor farane for rørslehemming førebyggjast. Personentrert rehabilitering startar same dag som pasienten får hjerneslag.

Etter behandling i slageining er det best dokumentasjon for tidleg støtta utskrivning (ESD) til heimen. Funksjonshemmingar etter hjerneslag kan vera svært ulike. Difor må rehabiliteringa vera fleksibel. Eit fast tverrfagleg team bør ha hovudansvar for rehabiliteringa, som bør skje i

tett samhandling med fastlege, spesialisthelseteneste, rehabiliteringseining i kommunen og kommunehelsetenesta. Tett oppfølging og stimulerande oppgåver i heimen er nøkkelord.

Mange av pasientane vil på denne måten få høve til eit godt fungerande liv med god livskvalitet. Det gjev stor helsegevinst for den enkelte, og færre utgifter for samfunnet (Helsedirektoratet, 2011).

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

Dei nasjonale retningslinjene er standard og minstekrav. Med desse som utgangspunkt lagar helseføretaka eigne retningslinjer med lokale tilpassingar. Helse Vest er snart ferdig med «*Regional plan for slagbehandlingskjeda/behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest*» (Helse Vest, 2011). Her vert det peika på behovet for ambulante team som kan overbringa kunnskap frå pasient og spesialisert slageining til kommunehelseteneste med lege og heimesjukepleie ved tidleg utskriving til heimen.

### **3.4. Studiar med tidleg støtta utskriving**

Det har vore gjort nokre studiar med tidleg støtta utskriving, eller *early supported discharge* (ESD) av pasientar som har hatt hjerneslag.

Askim, Rohweder, Lydersen og Indredavik (2004) gjorde ein samanliknande studie med 62 pasientar. Studien varde frå frå 1. juni 1999 til 15. juni 2001. Den eine gruppa av pasientar med akutt hjerneslag fekk akutt behandling og rehabilitering i slageining i akutfasen, med påfølgjande rehabilitering i heimen. Eit ambulant team hadde då hovudansvar for rehabilitering i tett samarbeid med primærhelsetenesta. Kontrollgruppa fekk akuttbehandling og rehabilitering i ordinær slageining. Det var mange som døydde i begge gruppene. Det var ikkje skilnad i funksjonsnivå for gruppene, men den gruppa som fekk ESD opplevde å ha ein betre livskvalitet.

Fjærtøft, Indredavik, Johnsen og Lydersen (2004) såg på langtidseffekt av livskvalitet ved tidleg støtta utskriving til heimen for pasientar med hjerneslag, samanlikna med behandling og rehabilitering i vanleg slageining (studien omfatta i utgangspunktet 320 pasientar).

Pasientane hadde kortare tid i rehabiliteringsavdeling, og opplevde framleis auka livskvalitet eitt år seinare.

Fjærtøft, Indredavik, Magnussen og Johnsen (2005) studerte bruk av helseinstitusjonar og kostnader i samband med akutt hjerneslag. 52 veker etter hjerneslag hadde pasientar som fekk ESD tilrettelagt av ambulanseteam færre liggjedøger i institusjon samanlikna med kontrollgruppa som fekk rehabilitering i slageining. Den samla kostnaden var litt lågare, men ikkje signifikant, for rehabilitering med ESD samanlikna med behandling i slageining. Kostnadseffektiviteten var størst for ESD der pasientane hadde moderat funksjonshemming etter hjerneslag.

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

Ekstam, Uppgard og Koch (2007) gjord ein studie med 27 eldre som fekk hjerneslag, og som fekk personsentrert rehabilitering i heimen i tre månader etter slaget. Forskarane såg mellom anna på kva store endringar ein person som får hjerneslag går gjennom, og leita etter kva som kunne forklara at nokon greier seg betre og er meir nøgde med livet 12 månader etter hjerneslag enn andre. Over halvparten av pasientane var misnøgde med fungering og livskvalitet etter eitt år. Av dei som greidde seg bra hadde mange levd aktive liv før dei fekk slag, og det var få fysiske hindringar for fungering i ADL i omgivingane deira. I tillegg verka det som at dei greidde å tilpassa seg godt den nye livssituasjonen.

Konklusjonen er at personar som fungerer bra i ADL, som opplever seg som kompetente og har aktivitetar heime som er viktige for dei, er mest nøgde. Slike aktivitetar ser ut til å motivera pasienten til rehabilitering, noko som også harmonerer med teorien i personsentrert tilnærming til rehabilitering.

For dei som var misnøgde med livssituasjonen vert det peika på at rehabiliteringsprogrammet var for kort. Pasientane fekk ikkje høve til å reformulera sine mål til fungering i ADL, og fekk ikkje tilpassa seg sosialt til den nye livssituasjonen (Ekstam et al., 2007).

Personsentrert omsorg er kjenneteikna av at intervensjonen er gjennomsyra av respekt for, og samarbeid med, den som tek imot tenester. Leach, Cornwell, Fleming og Haines (2009) seier at ein må vekk frå fokus på problem som skal overvinnast og heller fokusera på personlege mål i rehabilitering.

Studien «The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke» (Watkins et al., 2011) hadde fokus på å undersøka om den personsentrerte teknikken «motiverande intervju» (MI) ville vera bra for pasientens sinnstilstand og dødsrisiko etter akutt hjerneslag. Det viste seg å vera færre deprimerte og færre som døyde i den gruppa som fekk MI som intervensjon enn i kontrollgruppa.

### **3.6. Det vert ikkje satsa nok på rehabilitering i kommunehelsetenesta**

Tingvoll og Sæterstrand (2008) seier at *”rehabilitering i tilstrekkelig omfang og til rett tid kan være en forutsetning for å redusere den enkeltes hjelpebehov og dermed øke livskvaliteten for den det gjelder”*. Dei meiner likevel at det ikkje vert satsa nok på rehabilitering i kommunehelsetenesta. I 2006 intervjuar dei ti leiarar i pleie- og omsorgstenesta, og fann at rehabilitering er eit lite prioritert område.

### **3.7. Å beskriva prosessar i eit aktør-nettverk-teoretisk perspektiv**

Samfunnet endrar seg konstant, og dermed også synet på kva som er den mest relevante kunnskapen. Ved å beskriva kva som rører seg i eit gitt nettverk med sine ulike aktørar som har hand om ein kunnskap, kan ein få auge på korleis gyldig kunnskap kan konstruerast etter kvart kvart som ein ser behovet for å utvikla ny kunnskap på eit gitt område (Latour 1987). Vi skal ikkje utdjupa aktør-nettverk-teorien (ANT) mykje, men vil beskriva nokre viktige syn som ligg til grunn, og prosessane vi ser i samband med sluttrapporten for prosjektet. Då handlar det om å beskriva det vi ser i perspektivet av å ha vore ei «fluge på vegg» som kan beskriva prosessen undervegs og i etterkant (Latour 2008).

### **3.8. Kostnadseffektive tiltak**

Kostnader i samband med rehabilitering etter hjerneslag er i utgangspunktet store. Difor er det viktig å auka fokuset på førebygging av hjerneslag, på sekundær- og tertiærførebygging av nye slag, og på tidleg og god rehabilitering. Reduserte funksjonshemmingar betyr lågare utgifter for kommunane i tida som kjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Kunnskapscenteret har kome med ein ny rapport der ein mellom anna ser på skilnader i dødelegheit, følgjetilstandar etter hjerneslag, og kostnadseffektivitet. Det som vert samanlikna er pasientar med hjerneslag som vert behandla i sengeavdeling kontra pasientar som vert behandla i slageining. Vidare samanliknar ein pasientar som får behandling i slageining med pasientar som får tidleg støtta utskrivning frå slageining. Konklusjonen er at behandling med tidleg støtta utskrivning og tett oppfølging i heimen er det mest kostnadseffektive: *”For helsevesen og samfunn kan god organisering redusere kostnader og effektivisere ressursbruk”* (Kunnskapscenteret, 2010, s. 2). Også Helsedirektoratet seier at tidleg støtta utskrivning har vist seg rimelegare enn rehabilitering i slageining. Liggetid i institusjon vert på denne måten redusert med 8 døger (Helsedirektoratet, 2010). Det ser altså ut til at tidleg støtta utskrivning frå slageining både er det beste for pasienten og kommuneøkonomien.

I samband med innføring av Samhandlingsreforma vil spesialisthelsetenesta få mindre pengar, medan kommunane får meir. Kommunane kan dels velja å la spesialisthelsetenesta halda fram med å ha ansvar for utskrivingsklare pasientar, eller dei kan etablere rehabiliteringstilbod til pasientane innafor kommunale eller interkommunale rammer. Samstundes har spesialisthelsetenesta eit ansvar. Den skal gje råd, følgja opp rehabiliteringa, og formidla spesialisert kunnskap om rehabilitering og sekundær og tertiærbygging (Helse-og omsorgsdepartementet, 2011).

#### **4. Pasientforløp i Helse-Fonna før oppstart av prosjektet**

Pasientar med hjerneslag vert lagde inn for akuttbehandling i slageining ved nevrologisk seksjon, Haugesund sykehus, eller i slageining ved medisinsk seksjon, Stord sjukehus. Rehabiliteringa startar første døgeret. Etter 4-7 døger i slageining vert nokre pasientar flytta til rehabiliteringsseksjonen. Dei fleste pasientane vert skrivne ut for vidare behandling i heimkommunen. I tråd med Samhandlingsreforma vert heimkommunen varsla innan 24 timar etter innlegging når det er forventa at pasienten treng kommunale tenester ved utskrivning.

#### **4.1. Rehabilitering i Helse-Fonna**

Helse Fonna har ein «Seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering» som organisatorisk ligg i medisinsk avdeling. På Stord sjukehus har seksjonen ein sengepost med 10 senger for spesialisert rehabilitering. Denne har legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, og lege i spesialisering, pluss sjukepleiar, hjelpepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og psykolog. Det er også jamnleg tilgang på ortopedingenør. Målgruppa for spesialisert rehabilitering er personar som har samansette funksjonsproblem som følgje av sjukdom eller skade med behov for intensivert og/eller spesialisert trening.

Helse Fonna har førebels ikkje ambulante team for rehabilitering. I nasjonale og regionale retningslinjer er det forventa at dette vert etablert i alle føretak. Det er eit ønskje at ein i arbeidet med samhandlingsprosjektet om rehabilitering skal få erfaring med arbeid i ambulante team for å betra samhandlinga mellom spesialisthelseteneste og kommune.

Terapitilsette i seksjonen bistår også andre kliniske avdelingar ved Stord sjukehus. Seksjonen har fysikalsk-medisinsk poliklinikk som først og fremst er retta mot mot skulder og ryggplager. Ved Haugesund sykehus er dei terapitilsette organisert i ein eigen seksjon (seksjon for terapeutiske spesialtenester). Seksjonen er organisert i medisinsk klinikk.

Ved utskriving frå rehabiliteringsseksjonen vert det lagt vekt på god planlegging, ofte i form av nettverksmøte der pasient, pårørande, lege, aktuelle fagpersonar frå tverrfagleg team, pluss representant for kommunen er med. Til ein viss grad er det også heimebesøk hjå pasienten der ein kan gjera naudsynte tiltak i heimen.

På nettsida til Helse Fonna er det eit oversyn med inngåtte avtalar med namn på kontaktpersonar i ulike kommunar i Helse Fonna. Desse avtalane vil i vårhalvåret 2012 bli gjennomgått og gjort juridisk bindande i samsvar med nytt lovverk. Rehabilitering vil få sin plass i avtalane.

#### **4.2. Rehabilitering i kommunane Stord, Bømlo og Fitjar før start av prosjektet**

På Stord er det eit inntakskontor som all kontakt med helseinstitusjonar i kommunen skal kanaliserast gjennom. Det finst ei koordinerande eining for rehabilitering. I denne vert det

gjort vedtak om rehabiliteringstenester, som kan vera rehabilitering i heimen, dagtilbod, eller tilbod for heile døgeret. Det er eit rehabiliteringssenter med 14 sengeplassar for korttidsopphald og rehabilitering. Til rehabiliteringssenteret er det knytt ulike dagtilbod.

I Bømlo kommune tek ein kontakt med einingsleiar for den aktuelle sona. Kommunen har ei koordinerande eining for rehabilitering. Plan for rehabilitering er omarbeidd i 2011. Bømlo har ein institusjon for rehabilitering og korttidsopphald, Bømlo bu og rehabilitering» (BBR). Det er god kompetanse på rehabilitering ved institusjonen. Lege, ergoterapeut og fysioterapeut følgjer opp pasientar med behov for rehabilitering.

I Fitjar er det ei koordinerande eining. Søknad om rehabilitering vert vurdert av eit tverrfagleg team. Tiltak vert sette i verk heime eller på sjukeheim. To korttids plassar på sjukeheim vert brukte til pasientar med behov for rehabilitering. Det vert laga ein individuell plan når pasienten ønskjer det (Njærheim, 2011).

Trass desse synlege strukturane har det vore ei krevjande oppgåve å finna ut kva som er dagsforløpet for pasientar med hjerneslag i Stord, Bømlo og Fitjar. Det er heller ikkje same pasientforløp for alle pasientane. Nokre får rehabilitering ved rehabiliteringssenteret på Stord, nokre på BBR på Bømlo, ein del får rehabilitering på ulike private rehabiliteringsinstitusjonar, medan nokre pasientar dreg rett heim. Anne Beth Njærheim ber no fastlegane på Bømlo om på vera med på å kartlegga kor pasientar med hjerneslag i denne kommunen får rehabilitering, og evtentuelte om dei får rehabilitering. Vi vil prøva å få kartlagt kor hovudparten av pasientane vert rehabiliterte.

#### **4.3. Manglar i behandlingsskjeda**

Kapasitet: Talet på rehabiliteringsplassar i sjukehus og kommune er i for liten grad tilpassa behovet.

Overføring mellom nivå: Det må sikrast at relevant informasjon om pasienten når fram til dei som skal ha ansvaret for pasienten etter utskrivinga. Ambulante team er enno ikkje etablerte i føretaket.



Kommunane og spesialisthelsetenestene samarbeider ikkje godt nok om å leggja til rette for at pasientane skal oppleva meir heilskaplege behandlingsforløp.

Det er for liten tradisjon for at heimesjukepleia har ansvar for rehabilitering, særleg på det kognitive feltet.

## **5. Meininga med prosjektet**

Meininga med prosjektet er å prøva ut ein modell for heimerehabilitering for pasientar som har hatt hjerneslag. Modellen føreset interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, der eit ambulante team skal vera med og sikra kompetanseoverføring. Det ambulante teamet skal arbeida planlagt med å gje viktig informasjon og kompetanse på tvers av kommunegrensar og tenestnivå. Rehabiliteringa som vert tilbydd den enkelte pasient skal vera ei forlenging og vidareføring av den rehabiliteringa etter hjerneslag som er byrja i spesialisthelsetenesta.

Vi vil kartleggja ein del utfordringar:

- Samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste
- Samhandling mellom kommunane
- Samhandling mellom yrkesgrupper i kommunen
- Korleis, og til kven, vert informasjon og kompetanse overført til?
- Er det ein felles praksis; slik at dei som samarbeider veit korleis rehabiliteringa skal skje for den enkelte pasient?
- Kontinuitet; vert rehabiliteringa for pasienten broten ved utskriving?
- Opplevest pasientforløpa individuelle, heilskaplege og gode?
- Vert brukarorganisasjon(ar) ivaretekne som ein ressurs?
- Vert pårørande ivaretekne som ein ressurs?

## **6. Mål**

Målet med prosjektet er at flest moglege pasientar i Stord, Bømlo og Fitjar som får hjerneslag i prosjektperioden kan skrivast ut til heimen og få rehabilitering der. Det skal vera stor grad av samanheng i pasientforløpet på tvers av spesialist- og kommunehelseteneste.

Informasjon og kompetanse som er nødvendig for rehabilitering skal følgja med mellom

nivåa, slik at det ikkje vert brot i rehabiliteringa ved utskriving til heimen. Pasientforløpa skal opplevast meiningsfylte for å vekkja pasientens motivasjon for å arbeida med eiga rehabilitering.

### **6.1. Delmål**

1. Det skal lagast retningslinjer for utveljing av kva pasientar som kan få rehabilitering i heimen.
2. Det skal lagast mal for utforming av rehabiliteringsplan. Denne kan vera ein del av ein individuell plan.
3. Det skal lagast ein rehabiliteringsplan som er tilpassa kommune og heimemiljø medan pasienten framleis er i spesialisthelsetenesta.
4. Rehabiliteringstiltak vert straks sett i gang i slageininga, og kommunane vert trekte med i arbeidet så snart råd er.
5. Ny funksjonssvikt vert avdekkja tidleg og rehabilitering sett i gang snarast.
6. Pasientforløpa skal opplevast som gode, heilskaplege og godt samordna for dei som tek i mot tenester.
7. Dei som samhandlar rundt pasienten skal ha ei felles forståing av fagfeltet, og skal ha god kompetanse på rehabilitering av hjerneslag.
8. Samhandlinga mellom spesialisthelseteneste, kommunehelseteneste med fastlege og heimesjukepleie, ambulant rehabiliteringsteam og pasient/pårørande skal fungera godt.

## **7. Praktisk gjennomføring**

Studiar viser at rehabilitering i heimen er det omtimale med omsyn til rehabiliteringsforløp for pasientar med milde til moderate funksjonsutfall av hjerneslag. Vi har sett på heimerehabilitering slik det vert gjort i Danmark. Vi kjem ikkje til å bruka den danske modellen fullt ut, men tek innover oss nokre av erfaringane frå Fredericia, og let dette vera eit bakgrunnsteppe for vidare framstilling av praktisk metode i prosjektet vårt.

### **7.1. Lengst mogleg i eige liv**

Prosjektet «Lengst mulig i eget liv», som framleis pågår (Uddannelsescenteret Fredericia, 2011), tok utgangspunkt i eit tverrfagleg prosjekt med heimerehabilitering i Östersund i Sverige. Prosjektet er tenkt å vara frå 2008 til og med 2011. I devaluering 1 vert prosjektet

rekna som ein suksess, både med omsyn til fag og økonomi. Viktige trekk ved prosjektet er vidareførde til alle danske kommunar.

Prosjektet er ikkje retta mot ei spesifikk diagnosegruppe. Alle eldre som ein reknar med har eit potensial for rehabilitering, er med. Målet er at pasientane skal kunna bu heime lengst mogleg i sitt eige liv. Den enkelte pasient vert kalla 'borgar' (innbyggjar). Hovudfokus er å styrkja borgarens evne til å ta vare på seg sjølv (Kjellberg, 2010, Uddannelsescenteret Fredericia, 2011).

#### **7.1.1. Rehabiliteringsteam kontra heimesjukepleie**

I prosjektet i Fredericia har dei skilt ut ei heimerehabiliteringsavdeling frå den ordinære organiseringa av heimesjukepleia. Grunnen er at arbeidsmåten for rehabilitering i heimen er ganske annleis enn i den vanlege heimesjukepleia.

Borgarar som vert vurdert å ha eit potensial for rehabilitering, vert plukka ut av eit tverrfagleg team og får rehabilitering i ein avgrensa periode. Teamet lagar ein rehabiliteringsplan for pasienten. I Fredericia er det ikkje frivillig å vera med i prosjektet. Dei som skal arbeida i teamet må klara å sjå utviklingspotensialet hjå borgaren, og dei må greia å gje ein intervensjon som medfører at dei trenar pasienten opp til å greia eigendefinerte daglege gjeremål. Pasienten er den aktive i rehabiliteringa.

Hjelp til pasienten dekkjer alle typar ytingar. Personalet brukar mykje meir tid enn det som er vanleg i heimesjukepleie, av di dei ventar på at pasienten skal bli klar til å handla sjølv (Kjellberg, 2011).

#### **7.1.2. Kjellbergs råd til kommunar som ønskjer å bruka erfaringar frå Fredericia**

Prosjektet i Fredericia har kosta ein del pengar. Kjellberg meiner kommunen likevel har spart fleire millionar på endra fokus frå heimesjukepleie til heimerehabilitering. Ho har nokre råd til dei kommunane som ønskjer å bruka modellen.

- Set av nok pengar til prosjektet, sjølv om de ikkje ser resultatata før etterpå.
- Hald fast på at dette er eit kvalitetsforbetrande prosjekt.
- Ha ei tydeleg og godt forankra leiing av prosjektet.
- Dei som skal arbeida heime hjå pasientane må få spesiell opplæring i rehabilitering.

- Gje gode fysiske rammevilkår for dei som skal arbeida i prosjektet.
- Sjå til at prosjektet kan gjennomførast i fleire steg.
- Dokumentér resultata: korleis pasienten opplever livskvalitet og det å kunna hjelpa seg sjølv, kor nøgd personalet er, og dei samla utgiftene for kommunen til pleie og omsorg.
- Dei som samarbeider i rehabilitering må ha eit felles fundament, samarbeida tett og vera motiverte (Kjellberg, 2011).

I Fredericia er det ein klår nedgang i pleietimar pr. år, medan talet på rehabiliteringstimar ikkje har auka tilsvarende (Uddannelsescenteret Fredricia, 2011, Kjellberg, 2011).

## **8. Avgrensing**

Tiltaka i prosjektet varer frå 1. mars til 31. desember 2012. Dette vil vera det aktuelle tilbudet til pasientane i denne perioden, men vi må ta høgd for at nokre pasientar kan velja andre rehabiliteringsforløp. Det vil i så fall verta omtalt i sluttrapporten.

Det bur 17 804 personar i Stord kommune, 11 421 i Bømlo, og 2 929 i Fitjar. Til saman i kommunane bur det 32 154 personar (tal frå 31. desember 2010). Talet på personar som får hjerneslag, er på landsbasis rekna til 15 000 årleg, men talet vil auka i åra som kjem. For dei tre kommunane reknar vi med at 60-70 personar som får hjerneslag kan inkluderast i prosjektet.

## **9. Gjennomføringa – framstilling av ny samhandlingsmodell**

Det er nødvendig å gje eit individuelt tilpassa tilbud til pasientar med hjerneslag i samsvar med behova til den enkelte pasient. Mange forvaltningsnivå og aktørar er involverte, og tenestene deira må vera godt samordna. Pleiefaktoren i rehabiliteringsarbeid må vera høgare enn i pleiearbeid med vedlikehald av funksjon som mål (Helsedirektoratet, 2010). I Stord, Bømlo og Fitjar vel vi å bruka delar av Fredericia-modellen for å stetta krava til Helsedirektoratet. Vi har samhandling mellom kommunar, samarbeid og informasjonsflyt mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste, samarbeid internt i kommunane, og kontinuerlege og heilskaplege pasientforløp som fokusområde.

Dei som vert inkluderte i samhandlingsmodellen er i hovudsak pasientar som har fått hjerneslag, og som vert vurdert å kunna flyttast heim og få rehabilitering der. Pasientar som på nytt vert innlagde på sjukehus med diagnose relatert til tidlegare hjerneslag, vil også verta vurdert for prosjektet. Det same gjeld pasientar frå Stord, Fitjar eller Bømlo som har fått primærbehandling i Haugesund.

Heimetenesta utnemner ein koordinator for den enkelte pasient. Denne har ansvar for å samordna dei ulike tenestene pasienten har. Koordinator og det ambulante teamet får ansvar for å læra opp heimetreningar som skal trenast pasienten i det daglege. Koordinator vil samarbeida tett med ambulant team, fastlege, pasient, pårørande, rehabiliteringsteam og andre terapeutar.

Rehabiliteringstiltaka byggjer på nasjonale faglege retningslinjer for rehabilitering av pasientar som har hatt hjerneslag, og på retningslinjer frå Helse Vest. Vi vil ta i bruk motiverande intervju (MI) i rehabiliteringsperioden, slik at pasienten kan bli mest mogleg motivert for rehabilitering, og oppleve god livskvalitet trass redusert fungering etter hjerneslaget. Rehabilitering skal koma i gang snarast råd i heimen til pasienten.

### **9.1. Ambulant team stasjonert i slageining – og koordinator for rehabiliteringstilbod for den enkelte pasient stasjonert i kommunen.**

Det er oppretta følgjande nye stillingar til ambulant team:

- 40 % ny stilling i Stord (ergoterapeut)
- 40 % ny stilling i Bømlo (helsefagarbeidar med vidareutdanning i rehabilitering)
- 40 % ny stilling i Fitjar (ergoterapeut)
- 60 % ny stilling i Helse Fonna (denne stillinga er delt mellom fysioterapeut i 50 %, som og er koordinator for det ambulante teamet, og sjukepleiar i 10 % stilling)

Stillingane er til saman eit tverrfagleg ambulant team og vert lønna med prosjektmidlar i prosjektperioden. Teamet har hovudbase ved spesialisert slageining på Stord sjukehus. Dei er organisatorsik knytta til seksjon for spesialisert rehabilitering i Helse Fonna. Teamet skal arbeida på tvers av kommune- og organisatoriske grenser. Koordinator og ambulant team har saman ansvar for opplæring av personell som skal ha ansvar for rehabiliteringa i det

daglege. Koordinator har ansvaret for rehabiliteringsplan, og for å kalla inn til møte i samband med justering av planen.

Det vil bli laga ein modell for korleis ein praktisk skal løysa oppgåvene.

## **9.2. Rolla til saksbehandlar**

Saksbehandlar i kommunen i samarbeid med ambulant team gjer vedtak om tildelt rehabilitering. Rehabilitering krev nokre gonger store ressursar i starten. Ambulant team, saman med lege og pasient/pårørande, vurderer rehabiliteringsbehov og -potensial hjå den enkelte pasient. Saksbehandlarane i kommunane vil difor kunna få ei anna rolle i rehabiliteringsprosjektet enn elles.

## **9.3. Kompetansebygging**

### **9.3.1. Fagdag og felles fagleg møte før start**

17. januar 2012 arrangerte prosjektgruppa ein fagdag på HSH på Stord. Hovudfokus var gjennomføring av prosjektet. Pia Kürstein Kjellberg frå Danmark førelas om heimerehabilitering og Gudbjørg Øen ved HSH på Stord om motiverande intervju (MI). Berthe Rossebø presenterte nasjonale og regionale føringar for rehabilitering ved hjerneslag, og Astrid Larsen orienterte om prosjektet. Fagdagen var godt besøkt av personale i mange delar av kommunane, og også av andre som har prosjekt i Helsetorgmodellen.

Før oppstart har leiar av prosjektgruppa hatt felles informasjonsmøte for personell i kommunane som skal ha direkte eller indirekte ansvar for pasientar som kjem inn under prosjektet. Dei fekk då informasjon om korleis dei skal arbeida i samband med prosjektet, og om at ein eventuelt må gjera endringar dersom det syner seg at «kartet ikkje stemmer heilt med terrenget». Tanken var at alle som arbeider med heimerehabilitering av pasientar med hjerneslag skulle få lik informasjon, og at ein skulle knytta naturlege nettverk mellom partar som er involverte.

### **9.3.2. Kompetansebygging i det daglege arbeidet med rehabilitering**

Når teamet til dagleg skal arbeida både i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta, vil kunnskap naturleg sirkulera mellom tenestene.

Informasjon om prosjektet vert også gjeve på personalmøte i institusjonar som på ulik vis er involvert, på felles møte for legane i kommunane, og så vidare. Prosjektleiari vil vera med og informera.

### 9.3.3. Sjukepleiestudentar som følgjer prosjektet

Statlege retningslinjer skisserer at fleire pasientar skal få heimerehabilitering i åra som kjem. Samfunnet vil truleg ha bruk for fleire sjukepleiarar med kompetanse på rehabilitering. For å ta dette alvorleg i samband med prosjektet, vart tre sjukepleiestudentar frå HSH i Haugesund invitert til å følgja prosjektet (som del av ei referansegruppe). Målet med det er at nokre sjukepleiarar etter kvart kan verta interesserte i, og få god kompetanse på, heimerehabilitering av pasientar med hjerneslag.

## 10. MILEPÆLAR

- 2. desember 2011: Prosjektplanen vart godkjent av styringsgruppa for Helsetorgmodellen.
- 10. desember 2011: Det vart lyst ut stillingar for ambulant team.
- 4. januar 2012: Bente Kvilhaugsvik hadde fokusgruppeintervju med Hordaland lokallag for Landsforeningen for slagrammede (LFS)
- 11. januar 2012: Astrid Larsen deltok på eit seminar om heimerehabilitering i Fredericia.
- 20. februar 2012: Kvar av dei tre kommunane har laga organisatorisk struktur for korleis rehabilitering av pasientar med hjerneslag i heimen skal organiserast. Det må vera bestemt om ein vil ha personell som berre arbeider med rehabilitering i teamet, eller om rehabiliteringspersonell skal takast frå ordinær heimesjukepleie. Organiseringa skal vera knytt til nytt etablert rehabiliteringsteam.
- 28. februar 2012: Dei som vert direkte involverte i arbeidet med pasientgruppa vert førebudde på korleis dei skal arbeida.
- 1. mars 2012: Ambulant team er på plass. Dei gjer seg kjende med nye kollegaer og ny arbeidssituasjon.
- 30. april 2012: Spørjeskjema er klare.
- Tre månader etter begynt rehabilitering for kvar pasient: Koordinator for den enkelte pasient, i samråd med FOU ressurs i prosjektet, går gjennom spørsmål og hjelper til

med å fylla ut spørjeskjema for pasienten. Pårørande får samstundes eit eige spørjeskjema.

- 31. august: personale i ambulant team, koordinator og personale som arbeider direkte med rehabilitering i heimane svarer på spørjeskjema.
- 31. desember 2012: Gjennomføringsdelen av prosjektet vert avslutta.
- 31. oktober 2012 – 31. januar 2013: Analyse av data frå spørjeundersøkingane og beskriving av prosessen i prosjektet.
- 31. januar 2013: Sluttrapport for prosjektet er ferdig.

### **10.1. Suksesskriteriar, eller kva må være på plass dersom vi skal lukkast?**

- Prosjektet er forankra i slageininga ved Stord sjukehus og i ein viss grad ved Haugesund sykehus.
- Forankring hjå fastlegane til pasientane.
- Prosjektet er godt forankra i dei kommunale leiingane.
- Prosjektet er godt forankra hjå personell som skal arbeida direkte i prosjektet.
- Dei som skal arbeida med rehabilitering i heimen har fått god opplæring i relevante arbeidsmetodar.
- Dei som arbeider med rehabiliteringa er motiverte for oppgåva, samabeider tett med pasienten og har eit felles fagleg fundament.
- Samarbeid med pasientens pårørande og sosiale nettverk må fungera.
- Det er etablert eiga avdeling for heimerehabilitering i kommunen, eller rehabilitering er skilt ut frå heimesjukepleia på annan måte.
- Det er rom for gradvis opptrapping av prosjektet etter kvart som talet på pasientar aukar.
- Det er etablert gode rutinar for dokumentasjon av resultatet.
- Det er sett av nok pengar til prosjektet, sjølv om ein ikkje ser resultatata før etterpå.

## **11. Inklusjonskriteriar**

- Pasientar i Stord, Bømlo eller Fitjar som får hjerneslag mellom 1. mars og 31. desember 2012, og som vert utskrivne frå slageining i Helse Fonna eller frå seksjon for spesialisert rehabilitering. (Prosjektgruppa, i samråd med styringsgruppa, må



vurdere nærare om rapporte kan leverast etter at alle desse pasientane har fått rehabilitering i tre månader, eller om me kun skal samle data frå pasientar som får hjerneslag seinast 31. oktober 2012).

- Pasientar som treng eit mellomopphald på kommunal rehabiliteringsinstitusjon før han/ho kan flytta heim.
- Pasientar med tidlegare hjerneslag som vert innlagde med anna sjukdom der sekveler etter hjerneslag er hovudårsak til forverra funksjonsnivå.
- Pasientar som treng rehabilitering mellom kl. 08 og kl. 22.

## **12. Eksklusjon**

- Personar som bur i Bømlo, Fitjar eller Stord, og som fekk hjerneslag før 29. februar 2012.
- Pasientar som treng rehabilitering mellom kl. 22 og kl. 08.
- Pasientar som er vurdert å trenga sjukeheimplass.

## **13. Etikk og risikovurdering**

Prosjektet kan munna ut i ein ny prosedyre for rehabilitering av pasientar som får hjerneslag i Stord, Bømlo og Fitjar. Vi veit enno ikkje om erfaringane frå prosjektet vert så positive som venta, og vi veit ikkje om kommunane i etterkant vil bruka dette som ein permanent arbeidsmåte. For å få svar på dette vil vi måla effektar av progresjon i ADL-funksjon hjå pasientane, vurdere om vi har oppnådd god samhandling og heilskaplege pasientforløp, og økonomi.

Pasientar som får rehabilitering heime har ikkje hjelp tilgjengeleg i like stor grad som ved rehabilitering i institusjon. Dette må vurderast opp mot nødvendig helsehjelp.

## **14. Organisering av prosjektet**

### **14.1. Styringsgruppe for Helsetorgmodellen**

FOU-rådet vert leia av seniorrådgjevar med kompetanse i medisinsk og helsefagleg FOU-arbeid, professor Åke Seiger. Dei andre medlemene i rådet representerer dei ulike

samhandlingspartane, og er fagpersonar med solid helsefagleg kompetanse. Det er FOU-rådet som godkjenner prosjekt i Helsetorgmodellen.

### **14.2. Driftsgruppe for Helsetorgmodellen**

Driftsgruppa skal mellom anna ha oversyn over, koordinera og følgja opp FOU-prosjekt. Ph.D Berit Seiger Cronfalk er leiar for gruppa, som også har med seg koordinatarar og administrativ støtte frå dei tre samhandlingspartane. Førstelektor ved HSH, Arvid Birkeland, er driftsgruppa sin kontaktperson for prosjektet.

### **14.3. Prosjektgruppe**

- Astrid Larsen, Stord kommune, prosjektleiar
- Anne Beth Njærheim, Bømlo kommune
- Kari Raunholm, Fitjar kommune
- Berthe Rossebø, Helse Fonna
- Bente Kvilhaugsvik, Høgskulen Stord/Haugesund
- Brit Gravdal, brukarrepresentant

### **14.4. Referansegruppe**

Det har vore oppnemnt ei referansegruppe i kvar kommune, i Helse Fonna og ved HSH.

Referansegruppene har vore tverrfagleg samansette. Fagpersonane har kome frå ulike nivå i organisasjonen. Referansegruppa vår er sett saman slik:

For Bømlo kommune:

- Kåre Dahl – fastlege, tilsynslege på BBR
- Berit Hjellbakke – sjukepleiar TV NSF
- Elin Steinsbø Fylkesnes – ergoterapeut (leiar koordinerande eining)
- Sissel Våge – sjukepleiar BBR
- Hilde Markhus – gruppeleiar heimesjukepleie i Bremnes omsorgsområde, sjukepleiar
- Elin Olaussen – fysioterapeut
- Unni Spissøy – helsefagarbeidar med vidareutdanning i rehabilitering
- Maila Tveita – helsefagarbeidar med vidareutdanning i rehabilitering
- Hans Borgen – brukarrepresentant

For Stord kommune:

- Terje Dregelid – sjukepleiar
- Lars Helge Sørheim – kommunelege
- Anne Line Innvær – hovudtillitsvalgt Fagforbundet
- Asbjørg Hovland Verpelstad – avdelingsleiar Avdeling for døgnrehabilitering
- Philip Solberg – avdelingsleiar fysio- og ergoterapitenesta
- Annlaug Tenold – einingsleiar Eining for habilitering
- Brit Sørensen Dalsgård – einingsleiar Eining for heimebaserte tenester
- Esther Åsen Bjelland – einingsleiar Stord sjukeheim og Knutsåsen eldresenter
- Svanhild Stuva – fysioterapeut
- Solfrid Skumsnes Dahle – ergoterapeut
- Gina Engevik – avdelingsleiar heimebaserte tenester
- Anna Lise Sortland – ergoterapeut
- Tove Riise Grastveit – hovudtillitsvald Sjukepleiarforbundet
- Svanhild Solhaug – einingsleiar Kundetorget

For Fitjar kommune:

- Sigrid Fangel – leiar i råd for funksjonshemma, Fitjar kommune
- Anne Berit H. Johansen – helse- og sosialsjef, Fitjar kommune
- Grete Sætre – sjukepleiar og lærar på Helse- og sosial, Fitjar vidaregåande skole
- Hege Korsvik – avdelingssjukepleiar Heimebaserte tenester, Fitjar kommune

For Høgskulen Stord/Haugesund:

- Anny Norlemann Holme – høgskolelektor helsefag, HSH avd. Haugesund
- Helga Reinertsen – sjukepleiar, heimebaserte tenester, Haugesund kommune
- Ingunn Gunnarshaug – leiar heimebaserte tenester, Bjørgene i Haugesund kommune
- Borghild Strand – sjukepleiar, heimebaserte tenester, Haugesund kommune
- Maryanne Grov – sjukepleiestudent ved HSH
- Susanne Horneland – sjukepleiestudent ved HSH

- Sølvi Egeland-Eriksen – sjukepleiestudent ved HSH

For Helse Fonna:

-

#### 14.5. Premisser prosjektet legger til grunn

Rehabiliteringsteam med til saman 1,8 årsverk vert lønna med prosjektmidlar i prosjektperioden.

Helse Fonna og kommunane tilfører nødvendige ressursar til gjennomføring av dei tiltaka prosjektgruppa meiner er nødvendige for gjennomføring av prosjektet.

#### 14.6. Budsjett 2011 og 2012

##### Inntekter:

Samhandlingsmidlar Helse Vest	1 000 000
Samhandlingsmidlar Helsedirektoratet	750 000
<hr/>	
Til saman	1 750 000
<hr/>	

##### Utgifter:

###### 2011:

Prosjektleiing 50% stilling 01.10. – 31.12	kr 100 000	
Diverse utgifter møte, kurs m.m.	kr 25 000 =	kr 125 000

###### 2012:

Prosjektleiing 20%		kr 150 000
Rehabiliteringsteam:		
Koordinator 60 %	kr 377 300	
3 medarbeidarar med til sammen 120 %	kr 724 000	kr1 101 300
Kurs for leiing og "fotfolk" 17. januar		kr 35 000

Møte, kurs og diverse	kr 20 000
Opplæring medarbeidarar i heimetjenesta	kr 20 000
Oppgradering vedtak/koordinatortjenesta i hjemmebaserte tjenester	kr 150 000
Diverse	kr 148 700
Til saman	= kr 1 750 000

---

Ressurs som vert lønna av FOU avdelingas budsjett:

**2011:**

Prosjektmedarbeidar i 40 % stilling  
frå 15.08.11 til 15.02.12

kr 135 623

**2012:**

Prosjektmedarbeidar i 20 % stilling frå januar til og med juli

kr 70 000

Prosjektmedarbeidar i 40 % stilling frå august t.o.m. desember

kr 117 000

---

### **14.7. Krav om universell utforming**

Lov om antidiskriminering av 1. januar 2009 krev at eksisterande og nye offentlege publikumsbygg skal vera universelt utforma. Pasientar som har hatt hjerneslag har vanskeleg for å ta seg fram og ta del i samfunnet (Helsedirektoratet, 2010). Prosjektet har ikkje dette som ein del av prosjektet, men ser det likevel som nødvendig at kommunane legg til rette for at innbyggjarar skal vera med sosialt i samfunnet.

## **15. Evalueringsverktøy**

Ved innføring av Samhandlingsreforma er det generelt behov for å evaluera om innføring av reforma fører til betre koordinerte tenester. Kunnskapssenteret har gjort ein litteraturstudie

med tanke på å vurdere om det finst tilgjengeleg relevante og validerte måleverktøy som kan måla den erfaringa brukarar har med samhandling mellom nivå og mellom ulike delar av helsetenesta. Ein konkluderer med at det er brukt ulike måleverktøy til dette føremålet i ulike delar av verda, men at det framleis ikkje finst gode nok måleverktøy til måling av opplevingar brukarar har med samhandling mellom tenester i helsesektoren i Noreg (Kunnskapssenteret, 2011). Vi har sett på kommentarane til Kunnskapssenteret, og har henta nokre idear til korleis vi kan måla det vi ønskjer i undersøkinga vår.

### **15.1. Konsesjon**

For å finna ut om prosjektet er konsesjonspliktig kontakta vi Datatilsynet ved Henok Tesfazghi 14. desember 2011. Han seier at «*det springande punktet*» er om ein greier å halda på anonymitet. Ein kan ha fokusgruppeintervju der det vert fokusert på å finna gode spørsmål til spørjeskjema for helsepersonell, pasientar og pårørande. Dette kan gjennomførast utan å søkja konsesjon frå Datatilsynet så lenge fokusgruppa er stor nok, og så lenge informasjonen ein spør etter ikkje er personleg. Dersom gruppa av informantar er mindre enn fem personar, må det søkjast om løyve.

Så lenge spørsmåla vert haldne innafor det området vi no har sagt vil vil evaluera, kan vi også gjennomføra spørjeskjemaundersøkingar med helsepersonell, pasientar og pårørande.

Dersom vi vil bruka IPLOS-registreringar, noko som alt vert gjort i kommunane, som eit mål på korleis pasienten fungerer i ADL før og etter intervensjon, kan vi gjera det utan å søkja Datatilsynet om lov. Føresetnaden for å kunna bruka dette verktøyet er at det ikkje er mogleg å knyta registreringar til enkeltpersonar.

Dersom vi vil intervju pasientar og pårørande må vi derimot søkja om løyve ca to månader før start av intervju.

### **15.2. Fokusgruppe for å finna gode spørsmål til spørjeskjema**

Kunnskapssenteret gjer framlegg om fokusgruppeintervju som metode for å få laga relevante spørsmål til spørjeskjema for til ein viss grad kunna måla kontinuitet i behandlingsskjede og heilskap i pasientforløp (Kunnskapssenteret, 2011). Det vart gjort eit fokusgruppeintervju med styret for Hordaland lokallag for slagrammede (LFS) 4. januar 2012.

Spørsmål om frivillig deltaking og forklaring av meininga med intervjuet vart sendt til dei på førehand. Spørsmåla handla om det fram til i dag er nok kompetanse på rehabilitering av hjerneslag i dei ulike delane av behandlingsskjeda, og deira oppleving av kontinuitet i behandlingsskjeda.

#### **15.2.1. Nokre synspunkt i fokusgruppa**

I fokusgruppa kom det fram at det kan vera andre faggrupper enn dei som er tenkte i prosjektet som bør vera med i samband med rehabilitering ved hjerneslag. Psykolog, sosionom, NAV og handverkarar (til hjelp ved behov for ombygging /tilrettelegging heime) er faggrupper som vart nemnde. Koordinator vert sett på som svært viktig for prosjektet; denne må kunna mykje om rehabilitering til den enkelte, og må veta kven som kan kontaktast i ulike situasjonar. Fokusgruppa peikar også på at det ambulante teamet må læra av dei som kan mest om rehabilitering. Det er viktig å avdekka og gje rehabilitering av kognitive skadar, sjølv når pasienten greier seg praktisk i ADL heime. Alt i akuttfasen er det viktig å skapa motivasjon for rehabilitering. Pasientar med hjerneslag kan verta motiverte til å arbeida med eiga rehabilitering ved at dei møter andre som har hatt slag, og som har fått rehabilitering. Likemannsarbeid er difor viktig.

Ein sideeffekt av at pasientar skal få rehabilitering i heimen, kan vera at heimen vert opplevd som ein institusjon, og at pårørande finn seg sjølv i rolla som pleiemedhjelparar i større grad enn ønskeleg. Ein må vera medviten på å ta vare på pårørande dersom dei skal makta å vera ein ressurs for pasienten (Fokusgruppeintervju 4. januar 2012).

#### **15.3. Såkornprosjektet som har laga spørjeskjema til fastlegar m.fl.**

Såkornprosjektet «Støtta utskrivning etter hjerneslag» har laga spørjeskjema til personell som arbeider i prosjektet. I sluttrapporten vil vi referera til resultata av undersøkinga deira.

#### **15.4. Spørjeskjema til ambulant team, koordinatorar og heimetrenarar**

Vi vil også laga eit enkelt spørjeskjema til dei som arbeider i ambulant team, koordinatorar og heimetrenarar. På denne måten vil vi prøva å få informasjon frå dei som står for den praktiske gjennomføringa av prosjektet. Spørsmåla vil bli laga på bakgrunn av informasjon frå fokusgruppeintervju med Horadaland lokallag av LFS, intensjonar i Samhandlingsreforma, og nasjonal og regional plan for slagbehandlingsskjeda.

### **15.5. Spørjeskjema til pasientar og pårørande**

Det er viktig å få målt kva erfaring brukarane har i samband med etablering av ambulant team. Får pasienten betre og meir koordinerte tenester? (Kunnskapssenteret, 2011). For å få svar på dette vil vi gjennomføra ei spørjeundersøking med pasientar og pårørande midt i eller i siste del av rehabiliteringsforløpet. Spørjeskjema til denne gruppa vil bli formidla via pasientens koordinator, som også hjelper til ved utfylling.

Prosjektet er for lite til at vi kan konkludera på grunnlag av dei svara vi får frå spørjeundersøkingane, men det kan evt. brukast til å utvikla tenestetilbodet vidare.

### **15.6. Kvalitative intervju med nokre pasientar etter rehabilitering**

Vi vil gjennomføra kvalitative intervju med ca 10 prosent av pasientane direkte etter avslutta rehabilitering. Vi vil behandla desse overflatisk i samband med sluttrapportering for prosjektet. Dersom det er ønskjeleg kan ein arbeida grundigare med intervjuet i etterkant (etter 31. januar 2013) for å få fram meir nyansert informasjon om korleis pasientane har opplevd samhandlinga og kontinuiteten. Vi kan då også leita etter informasjon om kor viktig det vart opplevt at ein hadde ein pasientsentrert/personsentrert omsorgsmodell i samband med rehabiliteringa. Kva gjorde dette med pasientane sin motivasjon til å arbeida med eiga rehabilitering?

To månader før vi vil starta med intervju, må vi ha skjema klare med kva spørsmål som skal stillast, kva som er meininga med intervjuet, informasjon om at det er frivillig, og ei forklaring om korleis vi vil behandla personopplysningar og melda dette til Datatilsynet og Etisk komite.

### **15.7. Måling av ADL**

*« Eit viktig mål med slagrehabilitering er auka sjølvstende i dagleglivet. Trening i daglege aktivitetar (ADL) har som mål å fremja evna personen har til å meistra daglege aktivitetar ved å byggja på betring som er oppnådd på kroppsfunksjonsnivå. Desse vert så brukte i daglege aktivitetar»* (Helsedirektoratet, 2010). I prosjektet vårt vil det ambulante teamet bruka allment godkjende verktøy for registrering av ADL-funksjonar.



## **16. Sluttrapport**

Sluttrapport skal vera ferdig 30. januar 2013.

## **17. Evaluering**

### **17.1. Beskriving av samhandlinga i ny samhandlingsmodell**

På bakgrunn av relevant informasjon vil vi beskriva prosessen som skjer når vi prøver ut ny samhandlingsmodell. Andre resultat vil også bli presenterte i sluttrapporten.

## **18. Forventa resultat**

Vi forventar at samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåa skal endra seg i positiv retning, at pasientforløpa vert opplevde som heilskaplege, og at pasientane skal ha ein god progresjon i ADL -fungeringa. Vi ventar dermed også at pasientane etter rehabilitering treng mindre hjelp frå det offentlege.

På lengre sikt vonar vi å få rimelegare tenester.

Lokalt utvikla måleinstrument vil i liten grad kunna brukast av andre (Kunnskapssenteret, 2011). Som nemnt tidlegare er samanlikningsgrunnlaget vårt lite, og resultata vil primært gjelda lokale tilhøve.

## Litteratur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nemeth, Laila (2009): *"Rett behandling – på rett sted – til rett tid". Helsetorgmodellen – et samhandlingsprosjekt mellom kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Stord, Bømlo, Odda (i samarbeid med Ullensvang og Jondal) og Sveio. Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna HF. Prosjektbeskrivelse*. Haugesund: Helse Fonna. Hentet fra: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:rOhLjNgHUqWJ:bjorgeneush.no/static/files/helsetorgmodellen/Helsetorg\\_modell\\_soknad\\_2009.pdf+rett+behandling+p%C3%A5+rett+sted+til+rett+tid+Haugesund&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgS1NXBx028dRY8tp8vTdvJHRVUbtPaa1PDqZucUg7WGr6ln14Nmv7dU2kj\\_jOqGINV\\_HLowR3ZNFZgipJikqlrHGYAWIOD1bTZrKsPQwRQFBEEaaBlInJzQkkjFdYCTYwb\\_uN0IJ&sig=AHIEtbQi60byM9v\\_aOKGUx93h5dZrOdOdw](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:rOhLjNgHUqWJ:bjorgeneush.no/static/files/helsetorgmodellen/Helsetorg_modell_soknad_2009.pdf+rett+behandling+p%C3%A5+rett+sted+til+rett+tid+Haugesund&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgS1NXBx028dRY8tp8vTdvJHRVUbtPaa1PDqZucUg7WGr6ln14Nmv7dU2kj_jOqGINV_HLowR3ZNFZgipJikqlrHGYAWIOD1bTZrKsPQwRQFBEEaaBlInJzQkkjFdYCTYwb_uN0IJ&sig=AHIEtbQi60byM9v_aOKGUx93h5dZrOdOdw)

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

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

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

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

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

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

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

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

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