SENTER FOR OMSORGSFORSKNINGS RAPPORTSERIE **NR 6/2016**

Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner

Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?

Eva Langeland, Oddvar Førland, Eline Aas, Arvid Birkeland, Bjarte Folkestad, Ingvild Kjeken, Frode Fadnes Jacobsen og Hanne Tuntland

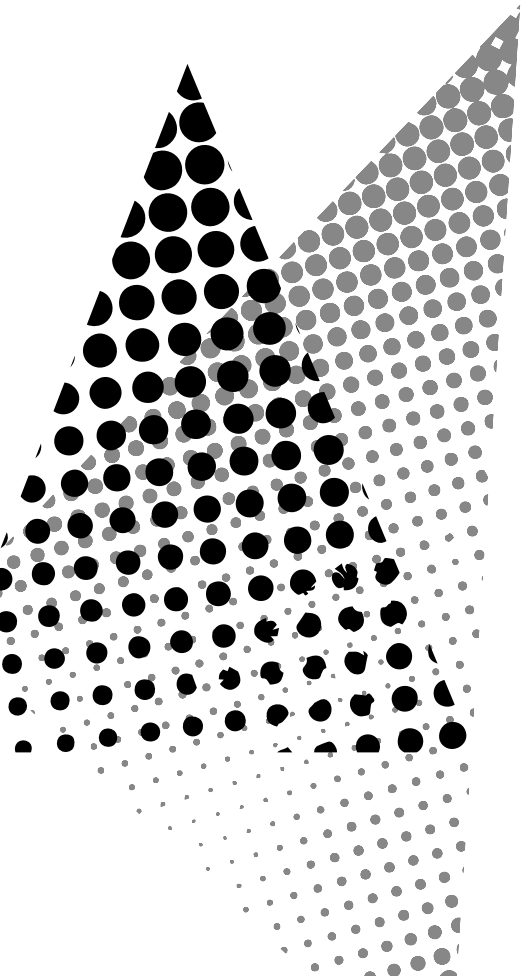
Senter for omsorgsforskning · vest

HØGSKOLEN I BERGEN

CHARM

Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner

Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?



Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner

Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?

Eva Langeland, Oddvar Førland, Eline Aas, Arvid Birkeland, Bjarte Folkestad, Ingvild Kjeken, Frode Fadnes Jacobsen og Hanne Tuntland

Senter for omsorgsforskning, vest

2016

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: © Shutterstock.com
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 6/2016

Tittel: Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner

Forfattere: Eva Langeland, Oddvar Førland, Eline Aas, Arvid Birkeland, Bjarte Folkestad, Ingvild Kjeken, Frode Fadnes Jacobsen og Hanne Tuntland

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-043-4
ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-044-1
ISSN: 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:
www.omsorgsforskning.no

FORORD

Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som de siste årene har spredd seg raskt både i Norge og Norden for øvrig. Det er knyttet store forventninger til rehabiliteringens effekt både på brukernivå og kommunenivå. Høsten 2013 fikk Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen i oppdrag av Helsedirektoratet å følgeevaluere implementeringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Evalueringen er utført i samarbeid med CHARM (Forskningssenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester) ved Universitetet i Oslo. Hovedformålet med evalueringen var å få mer kunnskap om hvilken effekt hverdagsrehabilitering har for brukerne, hvilken effekt det har for kommunenes økonomi og om noen modeller fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene. Rapporten gir en sammenfatning av hovedresultatene i følgeevalueringen.

Vi takker Helsedirektoratet for oppdraget og alle kommunene for et godt samarbeid.

Bergen, 6. mai 2016.

Frode Fadnes Jacobsen
Forskningsleder ved
Senter for omsorgsforskning, vest

Eva Langeland
Prosjektleder, Høgskolen i Bergen

INNHOLD

FORORD 5

SAMMENDRAG 11

Sammendrag del 1:
Hverdagsrehabiliteringstilbud til hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer 11

Sammendrag del 2:
Hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming 15

INNLEDNING 17

Bakgrunn 17

Teoretisk rammeverk 18

Tidligere forskning 20

Formål med evalueringen 21

Prosjektgruppens arbeid 23

DEL 1 – *Hverdags rehabilitering til hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer*

1. METODE OG GJENNOMFØRING 27

1.1 Kommuner som deltar i følgeevalueringen 27

1.2 Opplæring av helsearbeidere og kontaktperson i hver kommune 29

1.3 Metode for måling av effekt av hverdagsrehabilitering for deltakerne 30

1.4 Metode for måling av økonomiske konsekvenser for kommunene 34

1.5 Spørreundersøkelse om modeller og organisering 36

1.6 Intervjuer med ansatte om erfaringer med hverdagsrehabilitering 38

1.7 Etikk 40

2. RESULTATER 41

2.1 Beskrivelser av deltakerne 41

2.2 Samlet beskrivelse av effekter av hverdagsrehabilitering for deltakerne 46

2.3 Detaljert beskrivelse av effekter av hverdagsrehabilitering for deltakerne 47

2.5 Modeller og organisering i kommunene 54

2.6 Ansattes erfaringer med hverdags-rehabilitering 74

3. DISKUSJON 81

3.1 Bidrar hverdagsrehabilitering til økt egenmestring og selvhjulpenhet? 81

3.2 Hva er de økonomiske konsekvensene? 84

3.3 Hvilke modeller er mest hensiktsmessige? 85

3.4 I hvilken grad ivaretas krav til faglig forsvarlighet og god praksis? 86

3.5 I hvilken grad sikrer prosjektene implementering i ordinær drift? 94

3.6 Styrker og svakheter ved evalueringens del 1 95

4. KONKLUSJON DEL 1 99

DEL 2 – *Hverdags rehabilitering til personer med utviklingshemming*

1. METODE 103

1.1 Opplæring av helsepersonell 103

1.2 Intervensjon 103

1.3 Metode for å undersøke effekter av hverdagsrehabilitering 103

1.4 Intervju om hverdagsrehabilitering som arbeidsform og tjeneste 105

2. RESULTATER 107

2.1 Beskrivelse av deltakerne 107

2.2 Samlet beskrivelse av effekter av hverdagsrehabilitering 109

2.3 Detaljert beskrivelse av effekter av hverdagsrehabilitering 109

2.4 Resultater av intervjuer med ansatte om erfaringer med hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming 112

3. DISKUSJON 115

3.1 I hvilken grad hverdagsrehabilitering bidrar til økt egenmestring og selvhjulpenhet? 115

3.2 I hvilken grad er hverdagsrehabilitering egnet for personer med utviklingshemming? 117

3.3 Styrker og svakheter ved evalueringens del 2 119

4. KONKLUSJON DEL 2 121

REFERANSER

REFERANSER FOR DEL 1 OG DEL 2 123

VEDLEGG

1 ABSTRACT IN ENGLISH - PART ONE 131

2 ABSTRACT IN ENGLISH - PART TWO 135

3 MER UTFYLLENDE OM METODE I ØKONOMISK EVALUERING I DEL 1, KAPITTEL 1.4 139

4 MER UTFYLLENDE OM RESULTATER I DEL 1, KAPITTEL 2.3 143

5 MER UTFYLLENDE OM ØKONOMISKE RESULTATER I DEL 1, KAPITTEL 2.4 151

6 MER UTFYLLENDE OM RESULTATER I DEL 2, KAPITTEL 2.3 155

7 SPØRRESKJEMA OM ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE 159

8 SPØRRESKJEMA OM MODELLER 163

SAMMENDRAG

SAMMENDRAG DEL 1: HVERDAGSREHABILITERINGSTILBUD TIL HJEMMEBOENDE PERSONER MED ULIKE HELSEUTFORDRINGER

BAKGRUNN

Selv om hverdagsrehabilitering har hatt stor fremvekst i Norge de siste årene, er det utført lite forskning som undersøker hvorvidt tilbudet har effekt. Basert på bevilgninger i statsbudsjettene for 2013-2015 ble det avsatt tilskuddsmidler til utprøving og utvikling av modeller for hverdagsrehabilitering. Med bakgrunn i krav i statsbudsjettet ønsket Helsedirektoratet kunnskap om effekter og modeller for hverdagsrehabilitering og engasjerte Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen og CHARM ved Universitet i Oslo til å følgeevaluere alle kommuner som fikk tilskuddsmidler til å innføre hverdagsrehabilitering.

PROBLEMSTILLINGER

Oppdraget fra Helsedirektoratet handlet om å besvare fem hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad bidrar hverdagsrehabilitering til økt grad av egenmestring/selvhjulpenhet

for brukere av hjemmetjenesten?

2. Hva er den økonomiske effekten for kommunene?
3. Er det noen modeller som fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene?
4. I hvilken grad ivaretas krav til faglig forsvarlige tjenester og god praksis?
5. I hvilken grad sikrer prosjektene implementering i ordinær drift?

METODE

Dette er en stor multisenter følgeevalueringsstudie blant 43 kommuner med flere metodiske tilnærminger. Første del er en klinisk kontrollert studie hvor intervensjonsgruppen mottok hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen mottok standard tjenester. Deltakerne ble vurdert ved oppstart, etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Det ble benyttet fem ulike vurderingsredskaper for å oppfange ulike effekter av hverdagsrehabilitering. Det viktigste var Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som måler utførelse og tilfredshet med daglig aktivitet. Øvrige vurderingsredskaper benyttet er Short Physical Performance Battery (SPPB) for å måle fysisk funksjon, European Quality of Life Scale (EQ-5D) for å måle helserelatert livskvalitet, Sence of Coherence Questionnaire (SOC -13) for å måle mestring ved opplevelse av sammenheng i livet og Mental Health Continuum (MHC-SF) for å måle positiv psykisk helse.

For å vurdere økonomisk effekt for kommunene, analyserte vi først kostnad per kvalitetsjusterte leveår ved bruk av effektmålet EQ-5D og kostnader for helsetjenesten. De økonomiske analysene er basert på ukentlig registrert forbruk av helsetjenester i seks måneder, knyttet til hverdagsrehabilitering eller standard tjenester slik som praktisk bistand, hjemmesykepleie og fysioterapi, samt andre data som bruk av fastlege, spesialister, institusjonsbasert rehabilitering og sykehus. I tillegg ble offentlig tilgjengelig statistikk fra Statistisk sentralbyrå (KOSTRA), samt en nettbasert undersøkelse (Questback) benyttet.

For å få kunnskap om modeller, organisering og erfaringer med hverdagsrehabilitering som arbeidsform ble et spørreskjema bestående av åpne og lukkete spørsmål besvart av ledere for hverdagsrehabiliteringstjenesten i 36 kommuner. Kontrollkommunene som ikke ga hverdagsrehabilitering var ikke med i denne delen av studien. Det ble også utført en flernivåanalyse for å undersøke om valg av organisatorisk modell innvirker på deltakernes utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter. I tillegg ble det utført dybdeintervju med totalt 37 fagpersoner i syv kommuner, hovedsakelig som gruppeintervju.

Følgeevalueringen er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

RESULTATER

Totalt 833 deltakere fra 43 kommuner ble inkludert i effektstudien (712 i intervensjonsgruppen og 121 i kontrollgruppen). Deltakerne var i gjennomsnitt 78 år, 2/3 var kvinner og 2/3 var aleneboende. De hadde en rekke helseutfordringer, men brudd og svimmelhet var de mest hyppige. En gangtest viste at både hverdagsrehabiliteringsgruppen og kontrollgruppen ved oppstart hadde et forholdsvis lavt gjennomsnittlig funksjonsnivå.

EFFEKT FOR BRUKER:

Utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter: Intervensjonsgruppen skåret signifikant høyere på utførelse av daglige aktiviteter ved alle de tre oppfølgende måletidspunktene sammenlignet med kontrollgruppen. Når det gjelder tilfredshet med egen utførelse var det

signifikant forskjell i favør av hverdagsrehabilitering ved ti uker og seks måneder, men ikke ved tolv måneder.

Effekt på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter var ikke avhengig av kommunens valg av modell for hverdagsrehabilitering. Kommunens valg av modell påvirket heller ikke kostnad per QALY.

Fysisk funksjon: Når det gjelder fysisk funksjon, var det signifikant forskjell i favør av hverdagsrehabilitering for totalskår og reise/sette seg ved alle måletidspunkt. For deltestene balanse og gange var det signifikant bedre resultater for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ved ti ukers og seks måneders oppfølging, men ikke ved tolv måneder.

Helserelatert livskvalitet: Av de fem dimensjonene var det signifikant forskjell i favør av hverdagsrehabilitering på personlig stell ved alle tre oppfølgingstidspunkt. Når det gjelder gange var det signifikant forskjell på ti uker og seks måneder og på vanlige gjøremål på seks måneder. På angst/depresjon og smerte/ubehag var der ingen signifikante forskjeller på noen måletidspunkt. Når det gjelder total helseskår (VAS) var det signifikante forskjeller i favør av hverdagsrehabilitering ved ti ukers og seks måneders oppfølging.

Mestring: Resultatene viser signifikante forskjeller i favør av hverdagsrehabilitering ved seks måneders oppfølging.

Psykisk helse: Det en tendens til bedring i hverdagsrehabiliteringensgruppen på alle måletidspunkt sammenlignet med kontrollgruppen, men det er ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på noe måletidspunkt.

ØKONOMISK EFFEKT FOR KOMMUNENE:

De økonomiske analysene (kost-effekt) av hverdagsrehabilitering i et seks måneders perspektiv, tyder på at hverdagsrehabilitering koster om lag like mye som standard tjenester, men har med stor sannsynlighet høyere helseffekt målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY). Kostnaden per QALY er 65 000 kroner, et beløp som ligger godt innenfor det man vurderer som kostnadeffektivt.

MODELLER OG ORGANISERING:

Oppstarten av hverdagsrehabilitering i kommunene var politisk forankret i de fleste kommunene. Hovedmålgrupper var personer med funksjonsfall. Vanligste tiltak var «trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen», dernest «generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet» og «trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen». Oppgitt gjennomsnittslengde på rehabiliteringsperioden var 5,7 uker, varierende fra 3-12 uker og 64 % av kommunene oppga at de gir oppfølgingsbesøk etter endt periode. Kommunene har valgt ulike modeller for sin organisering av hverdagsrehabilitering. Det vanligste er en hjemmetjeneste-integrert modell (42 %), dernest spesialistmodellen (36 %) og rehabiliteringstjeneste-integrert modell (22 %).

Både treningen sammen med deltaker og utarbeidelsen av rehabiliteringsplanen var utpreget tverrfaglig i de fleste kommunene. Lederne av hverdagsrehabiliteringsteamene vurderte det kommuneinterne samarbeidet som meget godt, mens samarbeidsrelasjonen til fastleger og sykehus ble vurdert som noe under middels. Også samarbeidet med de ordinære hjemmetjenestene kunne være utfordrende. Det var en utbredt oppfatning blant lederne i hverdagsrehabiliteringsteamene om at tilbudet var faglig forsvarlig og at innføringen bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen. Per oktober 2015 hadde hverdagsrehabilitering fortsatt status som prosjekt i 69 % av kommunene, men de fleste av dem oppga at det skal videreføres til fast drift.

INTERVJU MED ANSATTE I HVERDAGSREHABILTERING:

Det fremkom at hverdagsrehabilitering ble organisert rundt egne tverrfaglige rehabiliteringsteam og disse ble vurdert som avgjørende viktige. Teamene fremhevet gode erfaringer med bruk av COPM som et verktøy til å få fram hvilke aktiviteter som betyr mest for brukerne, hva de ønsker å trene på og målene for rehabiliteringen. Målene ble samlende og styrende for den tverrfaglige innsatsen i teamene. Noen team hadde mange ansatte og fungerte som en tilnærmet egen avdeling. Andre team var mindre, men likevel bestående av minst tre ulike helseprofesjoner som samarbeidet med hjemmetjenesten om rehabiliteringen. Det viste seg viktig og nødvendig for teamene å ha et nært samarbeid med de som mottar og behandler søknader for å fange opp søkere med et potensielt behov for rehabilitering.

KONKLUSJON

Dette er den forskningsstudien om hverdagsrehabilitering som inkluderer flest kommuner, både nasjonalt og internasjonalt. Hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet i et seks måneders perspektiv. Selv om forskjellene blir mindre etter tolv måneder, har hverdagsrehabilitering fremdeles signifikant bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår for fysisk funksjon og personlig stell etter tolv måneder. Resultatene på dette måletidspunktet er imidlertid noe mer usikre på grunn av et lavere antall deltakere spesielt i kontrollgruppen.

Studien indikerer at standard tjenester og hverdagsrehabilitering koster omtrent like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering. Det at vi kun har opplysninger om kostnadene knyttet til den direkte brukerrettede delen av tjenesten og ikke til administreringen av dem, medfører at de økonomiske resultatene er noe usikre. I tillegg har vi ikke tilstrekkelige opplysninger om kostnadene *etter* seks måneder og kan derfor ikke konkludere sikkert om langtidseffektene av hverdagsrehabilitering. Selv om kostnadene er omtrent like etter seks måneder, *kan* bedre helseeffekt i favør av hverdagsrehabilitering på noen sentrale effektmål også etter tolv måneder føre til lavere kostnader for kommunene på lengre sikt. Dette er basert på antagelsen om at bedre helseeffekt kan føre til utsettelse av behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

Våre undersøkelser tyder på at hverdagsrehabiliteringen som ble utført i hovedsak innehar de sentrale kriteriene (tverrfaglig, personsentrert, intensiv, målrettet) for rehabilitering og at opprettelse av tverrfaglige rehabiliteringsteam og bruk av COPM bidrar til å møte brukernes behov. Ingen av modellene for hverdagsrehabilitering fremtrer som mer hensiktsmessige enn andre med hensyn til effekt på brukernes utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter eller for kostnad per QALY. Valg av modell synes i hovedsak å være uttrykk for fornuftige lokale tilpasninger i kommunene.

Innføring av hverdagsrehabilitering synes å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet overfor hjemmeboende eldre med funksjonsfall. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til om satsningen innebærer en styrking av det totale rehabiliteringstilbudet i kommunene. Hovedgrunnen til dette er at vi ikke har data om satsningen har gått på bekostning av andre rehabiliteringstjenester i kommunene. Det gjenstår også å se hvorledes kommunene lykkes med å implementere hverdagsrehabilitering i regulær drift på lengre sikt. Det vil være behov for mer forskning når kommunene har hverdagsrehabilitering som ordinær drift. Dette inkluderer både effektstudier, studier av hva ved hverdagsrehabilitering som er særlig virkningsfullt og kvalitative studier om erfaringer fra brukere og ansatte i ulike roller.

SAMMENDRAG DEL 2: HVERDAGSREHABILITERING TIL PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

BAKGRUNN

Det eksisterer lite kunnskap om hverdagsrehabilitering overfor personer med utviklingshemming. I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet fremgår det at deler av tilskuddet skal omfatte særlige tiltak rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming. Helsedirektoratet ønsket kunnskap om effekter av hverdagsrehabilitering også for denne gruppen og engasjerte Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen og CHARM ved Universitet i Oslo til å følgeevaluere de åtte kommunene som fikk tilskuddsmidler til å prøve hverdagsrehabilitering for denne gruppen.

PROBLEMSTILLING

I hvilken grad egner hverdagsrehabilitering seg for personer med utviklingshemming?

METODE

Dette er en oppfølgingsstudie hvor intervensjonsgruppen mottok hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen mottok standard tjenester. Deltakerne ble vurdert ved oppstart, etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Det ble benyttet tre ulike vurderingsredskaper for å oppfange ulike effekter av hverdagsrehabilitering, det viktigste var Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som måler utførelse av daglige aktivitet og tilfredshet med egen utførelse. I tillegg ble Short Physical Performance Measure (SPPB) benyttet for å måle fysisk funksjon og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) benyttet for å måle helserelatert livskvalitet.

Det ble videre foretatt intervjuer med åtte ansatte fra seks kommuner for å få nærmere innsikt i ansattes erfaringer med hverdagsrehabilitering og hvorvidt hverdagsrehabilitering egner seg for personer med utviklingshemming.

Følgeevalueringen er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

RESULTATER

Utvalget besto av 46 personer fordelt på 38 i intervensjonsgruppen og 8 i kontrollgruppen. Deltakerne var i gjennomsnitt 37 år, begge kjønn var likt representert, 80 % av dem bodde alene i egen bolig/bofellesskap og 80 % var uføretrygdet eller på arbeidsavklaring. Nærmere halvparten oppga at utviklingshemmingen i seg selv var deres største helseutfordring.

Grunnet mangel på en sammenlignbar kontrollgruppe med et tilstrekkelig antall deltakere, ble det ikke foretatt signifikanstester mellom gruppene. Resultatene som presenteres er basert på parrete t-tester med signifikanstester kun for gruppen som deltok i hverdagsrehabilitering.

Utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter: Resultatene viser signifikante bedringer i utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter for dem som deltok i hverdagsrehabilitering på alle måletidspunkt. Bedringen er på over to poeng ved de fleste måletidspunktene og holder seg over tid.

Fysisk funksjon: Resultatene viser ingen signifikante forskjeller på noe måletidspunkt

med unntak av en signifikant bedring i totalskår fra oppstart til seks måneder i hverdagsrehabilteringsgruppen.

Helserelatert livskvalitet: Resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom de ulike måletidspunkt på de ulike delskalaer med unntak av dimensjonen angst/depresjon hvor det var en signifikant bedring på ti uker og tolv måneders oppfølging. Tilsvarende var det en signifikant bedring i total helseskår fra oppstart til ti uker i hverdagsrehabiliteringsgruppen.

Intervjuene med helsearbeidere: Resultatene fra intervjuene med helsearbeidere viste at tjenestene benytter betegnelsen «habilitering», ikke rehabilitering eller hverdagsrehabilitering. I denne rapporten benyttes derfor begrepet re/habilitering. Denne tjenesten er spesielt aktuelt når yngre personer flytter fra foreldrehjemmet til egen bolig for første gang. Mange personer med utviklingshemming har begrensede selvbestemmelsesferdigheter, men anvendelse av COPM synes å bidra til å styrke disse. Selv om det overfor noen i gruppen kan være vanskelig å benytte COPM, så er helhetsinntrykket at COPM er et nyttig og relevant vurderingsredskap. Ansattes erfaringer viser at COPM identifiserer nye mål hos brukere som ikke er kommet frem tidligere. Personer med utviklingshemming kan ha et komplekst klinisk bilde som fordrer både sammensatt kompetanse og individuell tilrettlegging. Det er imidlertid få profesjoner ansatt i habiliteringstjenesten, så tverrfaglig samarbeid kan være en organisatorisk utfordring. Potensialet i tverrsektorielt samarbeid, og i spesialisthelstjenestens kompetanse, synes heller ikke å være utnyttet fullt ut.

KONKLUSJON

Så langt vi vet, er dette første publikasjon noensinne når det gjelder hverdagsrehabilitering overfor personer med psykisk utviklingshemming.

Resultatene tyder på at personer med utviklingshemming har utbytte av hverdagsrehabilitering (re/habilitering) spesielt når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Angst/depresjon ble også redusert og total helseskår ble bedret. En vesentlig begrensning ved disse resultatene er mangel av en sammenlignbar kontrollgruppe med et tilstrekkelig antall deltakere. Det er derfor usikkert om bedringen skyldes selve hverdagsrehabiliteringen eller andre faktorer.

COPM synes å være et egnet vurderingsredskap overfor denne gruppen, spesielt fordi det bidrar til at brukers egne mål identifiseres. Det at åtte til dels mellomstore kommuner bare klarte å rekruttere 38 personer til hverdagsrehabilitering, kan tyde på at behovet for hverdagsrehabilitering ikke er så stort når det gjelder personer med utviklingshemming eller at behov for re/habilitering ikke ble anerkjent av ansatte og således ble vurdert som lite relevant.

Hverdagsrehabilitering synes å være en rehabiliteringsform som styrker re/habiliteringstilbudet overfor personer med utviklingshemming med lettere funksjonssvikt. Det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet bør imidlertid styrkes.

INNLEDNING

BAKGRUNN

I stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (1:24) ønsker regjeringen å «bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats». Videre hevder regjeringen at «hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering kan bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsevne hos brukerne» (1:24). I tillegg ønsket de å stimulere kommuner til å utvikle ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering.

Dette er blitt fulgt opp i Primærhelsetjenestemeldingen (2) og i Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (Omsorg 2020) (3). I den sistnevnte planen påpeker regjeringen følgende: «Erfaring viser at tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensialet og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen og reduserer hjelpebehovet. Regjeringen vil derfor bidra til utvikling og spredning av hverdagsrehabilitering i norske kommuner» (3) (side 28).

I statsbudsjettene for 2013-2015 ble det bevilget tilskuddsmidler til utprøving og utvikling av modeller for hverdagsrehabilitering. Helsedirektoratet har over tre år fordelt 63.4 millioner kroner i tilskuddsmidler til 47 kommuner. Til bevilgningen var det knyttet krav til at prosjektene skulle følgeevalueres for å dokumentere økonomiske konsekvenser for kommunene og effekter for brukerne. Evalueringen skulle ta utgangspunkt i nasjonale føringer, aktuelle stortingsmeldinger, lover og forskrifter, herunder forskrift om

habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (4). Senter for omsorgsforskning Vest fikk høsten 2013 følgeevalueringsoppdraget i samarbeid med CHARM.

Helsedirektoratet stilte flere krav til kommunene som betingelse for å få tilskuddsmidlene:

- Tiltakene skulle gjennomføres i samsvar med krav og definisjoner i gjeldende lovverk, herunder forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Kommunene måtte sikre systematisk dokumentasjon i gjennomføringen av prosjektet. I tillegg til ordinær registrering ble kommunene bedt om å benytte Canadian Occupational Performance Measure (COPM) for å måle effekt av tiltaket, eventuelt i kombinasjon med andre systematiske vurderinger/tester for måling av funksjon.
- Plan/tiltak for implementering i ordinær drift etter prosjektperioden måtte være en integrert del av arbeidet fra starten av.

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet fremgår det at deler av tilskuddet skal omfatte særlige tiltak rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming. Disse tilskuddsmidlene ble videreført gjennom statsbudsjettene i 2014 og 2015.

Det er åtte kommuner som har prøvd ut hverdagsrehabilitering overfor mennesker med utviklingshemming. Helsedirektoratet stilte de samme krav til disse kommunene som betingelse for å få tilskuddsmidlene.

I denne rapporten har vi omtalt tjenestemottakerne i følgeevalueringen som *deltakere.* Når vi omtaler tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten på generell basis, benyttes begrepet *brukere.* I innledning og diskusjon -og konklusjonskapitlene benyttes imidertid også brukerbegrepet i de tilfeller vi mener at innholdet kan generaliseres til å gjelde flere enn de personene som har deltatt i studien. Grunnet gråsoner er det imidlertid ikke lett å være helt konsekvent her.

I den første delen av rapporten beskrives de 43 kommunene som hadde hele befolkningen som målgruppe, heretter kalt del 1. I del 2 beskrives resultatene fra de åtte kommunene som har prøvd ut hverdagsrehabilitering overfor personer med utviklingshemming.

For å fremme leservennligheten i denne rapporten har vi i resultatkapitlet i hver del presentert et underkapittel kalt Samlet beskrivelse av effekter. Her presenteres en lettfattelig oversikt over hovedresultatene, mens de utdypes nærmere i det påfølgende underkapitlet. Videre er flere analyser og resultattabeller plassert i vedlegg 3-6. Spesielt interesserte lesere og forskere henvises dit.

TEORETISK RAMMEVERK

REHABILITERING

I Norge er rehabilitering en lovpålagt tjeneste for alle kommuner (5). Både rehabilitering og habilitering defineres i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som «tidsavgrensete, 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» (4) i § 3.

Lovregulering av rehabilitering er utdypet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Formålet er

utdypet i § 1 til å være «å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse» (4). Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et person- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig personens og brukerens vante miljø. Tjenesten skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig og i en for brukeren meningsfylt sammenheng.

En slik forståelse av rehabilitering baseres på en holistisk modell av helse, funksjon og funksjonshemming. Modellen viser at det er en rekke faktorer som påvirker helse, funksjon og funksjonshemming, og at sykdom kun er én av dem (6). Helse og sykdom må ses i en kontekst, slik det gjøres av WHO i Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (7).

Selve rehabiliteringsprosessen kan beskrives som en prosess i fire trinn (8):

1. Finne faktorer som kan påvirkes
2. Definere mål
3. Planlegge, iverksette og koordinere tiltak
4. Evaluere effekt

Mål som brukeren ønsker å strekke seg eller endre seg mot er essensielt i rehabiliteringsprosessen (9-11). Brukergenererte rehabiliteringsmål bidrar til å 1) øke brukerens motivasjon og autonomi, 2) sikre at brukeren får reell innflytelse, 3) sikre at tiltakene som iverksettes er relevante og går i samme retning, og 4) bedre kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid (11, 12). Det fremheves ofte at slike rehabiliteringsmål bør være SMARTe, det vil si at de skal være Spesifikke, Målbare, Aktivitetsrelaterte, Realistiske og relevante, og Tidsavgrensede (13). Playford og kolleger fremhever imidlertid at mål skal reflektere brukerens ambisjoner, og at de ikke nødvendigvis trenger å være realistiske og oppnåelige (9). Det kan ligge mye motivasjon og kraft i mål som representerer noe viktig for den enkelte.

Brukernes mål er sentralt i den aktuelle studien, ved at de utformes og evalueres ved bruk av et kvalitetssikret instrument, og ved at målene er styrende for utformingen av tiltakene i rehabiliteringsprosessen.

HABILITERING

Personer med utviklingshemming har en funksjonsnedsettelse som skyldes en medfødt eller tidlig ervervet tilstand. For mange innebærer det at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Tradisjonelt er det habilitering, ikke rehabilitering, som er blitt tilbudt denne gruppen. Habilitering innebærer bistand til å oppøve funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. Behovet for habilitering varer livet ut (14). På tross av felles definisjon som beskrevet over (4), er det forskjeller mellom habilitering og rehabilitering. Hovedforskjellen mellom dem er om det handler om relæring eller nylæring av ferdigheter (14), samt at rehabilitering er en tidsavgrenset prosess. På grunn av det tradisjonelle skillet mellom habilitering og rehabilitering, er det fortsatt uvanlig å fremstille denne gruppen som personer med behov for eller som er mottakere av rehabilitering.

HVERDAGSREHABILITERING

Det overordnede målet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter blant hjemmeboende personer med behov for rehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en intensiv, tverrfaglig, multikomponent, personsentrert og

hjemmebasert rehabilitering, der vanlige daglige gjøremål brukes for rehabiliterende formål (15). Hovedfokuset er på å bedre mestring av aktiviteter som for brukeren oppleves som viktige og meningsfylte i dagliglivet. Helsepersonell er organisert i tverrfaglige team, som jobber sammen med brukeren mot hennes/hans aktivitetsmål. Intervensjonen er intensiv og skjer i personens hjem eller lokalsamfunnet.

Hverdagsrehabilitering oppfyller klart kriterier til rehabilitering slik det er definert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (4). Det som er felles med beskrivelsen av hverdagsrehabilitering og i forskriften, er at det handler om en tidsavgrenset prosess med klare mål og virkemidler. I likhet med øvrig rehabilitering er det i hverdagsrehabilitering presisert at det er personen det gjelder som definerer aktivitetsmålene, og brukerdeltakelse er sterkt fremhevet. Personens egeninnsats vektlegges, i dette tilfellet i form av trening på viktige hverdagsaktiviteter. Øvrige fellestrekk er vektleggingen av tverrfaglig innsats og at formålet er økt selvstendighet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Arenaen hverdagsrehabiliteringen foregår på er begrenset til personens hjem eller nærmiljø og tjenesten er organisert som del av de kommunale hjemmebaserte tjenestene. Det å ha et aktivt liv og fortsatt kunne bo hjemme er et uttalt mål ved hverdagsrehabilitering. I stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg (1) trekkes følgende kjennetegn inn når hverdagsrehabilitering nevnes:

- Målgruppen er hjemmetjenestens brukere.
- Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensial.
- Tverrfaglig team (fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere, sosionomer, vernepleiere og sykepleiere).
- Sterkere involvering og samhandling med personell i hjemmetjenesten. (hjemmesykepleie og hjemmehjelp) i rehabiliteringsprosesser.
- Hjemmet som trenings- og læringsarena.

TIDLIGERE FORSKNING

HJEMMEBOENDE PERSONER MED ULIKE HELSEUTFORDRINGER

Kunnskaps- og datagrunnlaget i rehabilitering er mangelfullt. Kunnskapsoppsummeringer fra Norges forskningsråd og Kunnskapssenteret for helsetjenesten viser at det foreligger lite forskning på rehabilitering som helhetlig prosess (16). Dette gjelder i enda større grad for hverdagsrehabilitering. I denne gjennomgangen av tidligere forskning på hverdagsrehabilitering presenterer vi internasjonal forskning publisert i engelskspråklige, fagfellevurderte tidsskrift, hvor de engelske begrepene «reablement» og «restorative care» brukes som tilnærmet synonyme begreper med den nordiske forståelsen av hverdagsrehabilitering. Disse begrepene har derfor vært benyttet i litteratursøkene.

Effekten av hverdagsrehabilitering når det gjelder bedring av brukernes selvhjulpenhet i personlige daglige aktiviteter (PADL) har blitt oppsummert i to systematiske oversikter. I den ene oversiktsartikkelen konkluderes med at det er begrenset evidens for at hverdagsrehabilitering fører til økt selvhjulpenhet i PADL (17), mens det i den andre konkluderes med at det ikke finnes forskning på dette feltet (18). Når det gjelder funksjonsnivå i mer detalj, viser flere primærstudier at

hverdagsrehabilitering bedrer ADL-funksjon (19-21) og selvrapportert aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse målt med COPM (22), men en studie skiller seg ut med ingen bedring i ADL (23). I tillegg har hverdagsrehabilitering vist å bidra til økt trygghet (19), bedret fysisk funksjon (19, 21, 24) og bedret helserelatert livskvalitet (25, 26). På tross av dette, ble det ikke funnet signifikant bedring i trygghet (23), sosial støtte (24), fysisk funksjon (22, 23, 26), eller helserelatert livskvalitet (19, 22, 23) i andre studier. Oppsummert er resultatene inkonsistente når det gjelder hvilke helseeffekter hverdagsrehabilitering har for brukerne.

Når det gjelder økonomiske effekter av hverdagsrehabilitering, viser resultatene fra de to eksisterende studiene av hverdagsrehabilitering at kostnader til helsetjenester og hjemmebaserte tjenester ved hverdagsrehabilitering var lavere enn kostnadene ved konvensjonelle hjemmebaserte tjenester (27, 28). De oppsummerte helsetjeneste- og hjemmebasertrelaterte kostnadene for hverdagsrehabilitering var lavere, med en faktor på 0.83 over en 2-års periode (27).

For å konkludere er det så langt lite forskning publisert når det gjelder helseeffekt og økonomisk effekt av hverdagsrehabilitering. Dette understøttes av en svensk kunnskapsoppsummering (29). Den forskningen som er utført vedrørende brukernes helseeffekt er inkonsistent og lite robust. Når det gjelder økonomisk effekt er resultatene mer entydige i favør av hverdagsrehabilitering, selv om forskningen er mindre i omfang.

Selv om det foreligger svak evidens for at hverdagsrehabilitering har de ønskete effekter, har mange (vi anslår ca 1/3) norske kommuner innført hverdagsrehabilitering etter 2010. Formålet med følgeevalueringen er å bidra til å redusere dette kunnskapshullet.

PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

Vi har søkt etter litteratur om utviklingshemming og rehabilitering/hverdagsrehabilitering i NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming), Aldring og helse (Nasjonal kompetansetjeneste), Oria (en nasjonal søkemotor over bibliotekets samlete ressurser; bøker, artikler, tidsskrifter m.m.) og helsefaglige, internasjonale databaser. Vi har også konferert med både leder og biblioteksansvarlig i NAKU og vitenskapelige ansatte ved en norsk bachelorutdanning i vernepleie.

Så vidt vi kan se finnes det ingen forskning på erfaringer eller effekt av hverdagsrehabilitering overfor denne gruppen. Det foreligger heller ikke relevant forskning når det gjelder hjemmebasert rehabilitering for voksne/eldre personer med utviklingshemming.

Dette synliggjør at det eksisterer store kunnskapshull når det gjelder hverdagsrehabilitering overfor personer med utviklingshemming. Vi har ikke kunnskap om deres funksjonsnivå, om type og omfang av deres rehabiliteringsbehov, om COPM er et vurderingsredskap som egner seg for bruk i denne gruppen, og om de har effekt av hverdagsrehabilitering. Formålet med følgeevalueringen er å bidra til å øke kunnskapen om hverdagsrehabilitering overfor personer med utviklingshemming.

FORMÅL MED EVALUERINGEN

I henhold til kravspesifikasjonen fra Helsedirektoratet skulle følgeevalueringen gi svar på følgende forhold:

1. Effekt av tiltakene for brukerne
   a. I hvilken grad bidrar hverdagsrehabilitering til økt grad av egenmestring/selvhjulpenhet for brukergruppen på kort sikt og hva forventningene til effekten er på lengre sikt?
   b. I hvilken grad denne tilnærmingen også er egnet for brukergruppen personer med utviklingshemming?
2. Økonomisk effekt for kommunene
   a. I hvilken grad bidrar hverdagsrehabilitering til å utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester?
      v. Målt på individnivå
      vi. Hvilke økonomiske konsekvenser har innføring av hverdagsrehabilitering som en ny tjeneste – på kort og lang sikt for kommunene sett under ett?
3. Er det noen modeller som fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene?
   a. Beskriv modellene - herunder målgrupper og utvelgelse av disse, tiltak, varighet, kompetanse, intensitet, organisering, forankring mm
   b. Hvorvidt bidrar tidlig oppstart av målrettet, intensiv og tverrfaglig rehabilitering til å gi redusert behov for tjenester?
4. I hvilken grad krav til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas
   a. Om det faglig innholdet i tjenestene samsvarer med brukernes behov
   b. I hvilken grad innføring av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av habilitering og rehabilitering i tråd med målsettingene for samhandlingsreformen og hvordan oppfylles ansvar og rettigheter jamfør norsk lovgivning?
   c. Om satsningen på hverdagsrehabilitering kan ha utilsiktede konsekvenser for det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen og i tilfelle hvilke?
5. I hvilken grad prosjektene sikrer implementering i ordinær drift
   a. Beskriv overgangen fra prosjekt til varig drift
   b. Beskriv hva som eventuelt hemmer og fremmer implementering i ordinær drift.

For å få svar på disse spørsmålene, har vi satt opp følgende delmål:

DELMÅL FOR DEL 1- HJEMMEBOENDE PERSONER MED ULIKE HELSEUTFORDRINGER

- Å få kunnskap om effekten av hverdagsrehabilitering for brukernes aktivitet og deltakelse, fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet, mestring og psykisk helse.
- Å få kunnskap om hvorvidt hverdagsrehabilitering er kostnadseffektivt.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering medfører redusert behov for tjenester.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering bidrar til å

utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

- Å få kunnskap om ulike modeller for hverdagsrehabilitering og om noen av dem fremtrer som mer hensiktsmessige enn andre for å nå målene.
- Å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer implementering av hverdagsrehabilitering.
- Å få kunnskap om kravene til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering bidrar til styrking av rehabilitering i henhold til norsk lovgivning.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering kan ha utilsiktede konsekvenser for det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen.

DELMÅL FOR DEL 2 – PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

- Å få kunnskap om effekten av hverdagsrehabilitering på brukernes aktivitet og deltakelse, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet.
- Å få kunnskap om rehabiliteringsbehov til personer med utviklingshemming.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering som arbeidsform og tjeneste.
- Å få kunnskap om COPM er egnet for personer med utviklingshemming.
- Å få kunnskap om kravene til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering bidrar til styrking av rehabilitering.
- Å få kunnskap om hverdagsrehabilitering kan ha utilsiktede konsekvenser for det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen.

PROSJEKTGRUPPENS ARBEID

Senter for omsorgsforskning, vest ved Høgskolen i Bergen er ansvarlig for dette følgeevalueringsprosjektet. Senteret har ledet fremdrift og gjennomføring i samarbeid med CHARM ved Universitetet i Oslo. Førsteamanuensis Eva Langeland har vært prosjektleder. Førstelektor og PhD kandidat Hanne Tuntland har vært prosjektkoordinator og førsteamanuensis Oddvar Førland har vært prosjektmedarbeider. Eva Langeland, Hanne Tuntland og Oddvar Førland har hatt hovedansvaret for fremdriften i prosjektet, de statistiske analysene og skriving av rapporten med bidrag fra de øvrige i prosjektet. Eva Langeland har i tillegg hatt hovedansvaret for den klinisk kontrollerte studien og har fulgt opp kommunene angående datasamling i denne studien. Hun har også hatt kontakten med Helsedirektoratet ved seniorrådgiver Sigrunn Gjønnes. Hanne Tuntland har hatt ansvar for å utarbeide evalueringspermen som alle kommuner har fått og har hatt ansvar for opplæring av kommunenes kontaktpersoner i samarbeid med prosjektleder. Oddvar Førland har hatt ansvar for utvikling av spørreskjema angående kartlegging av modeller for hverdagsrehabilitering og for bearbeiding av disse dataene. Den helseøkonomiske delen av prosjektet har Eline Aas (CHARM) hatt ansvaret for. Arvid Birkeland (Høgskolen Stord/Haugesund) har hatt ansvar for å utføre kvalitative intervjuer med ansatte som arbeider

med hverdagsrehabilitering i kommunene. Frode Fadnes Jacobsen har bidratt med innspill til prosjektet, særlig i de kvalitative delene. Bjarte Folkestad har hatt ansvar for statistikken og kvalitetssikret de statistiske analysene. Ingvild Kjeken (CHARM) har vært veileder på den klinisk kontrollerte studien og har vært en viktig diskusjonspartner i de ulike deler av prosjektet. Hun har også hatt et dags-kurs med opplæring av bruk av vurderingsredskapet «the Canadian Occupational Performance Measure» (COPM).

Helsedirektoratet har arrangert tre dialogmøter med alle involverte kommuner. Helsedirektoratet har også hatt en referansegruppe som har gitt råd og innspill til prosjektet. Den har bestått av representanter fra kommuner, fylkesmenn, kompetansesenter og fagforbund. Den har bestått av Liv Overaae (KS), Nils Erik Ness: Norsk ergoterapeutforbund, Lise Færevåg (Norsk sykepleierforbund), Pernille Thingstad (Norsk fysioterapeutforbund), Siri Bøgh (Fagforbundet), Inger Johansen (Larvik kommune), Berit Therese Larsen (FFO), Magne Wang Fredriksen (FFO/Parkinsonforbundet), Åse Bente Mikkelborg (Bodø kommune), Merethe Boge (Regional koordinerende enhet Helse Vest) og Eskil Haugum (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag) / Thomas Willy Holten (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag) (fra juni 2015).

DEL 1

– Hverdags rehabilitering til hjemmeboende personer med ulike helseeutfordringer

1. METODE OG GJENNOMFØRING

1.1 KOMMUNER SOM DELTAR I FØLGEEVALUERINGEN

Del 1 er en multisenterstudie som inkluderer 43 av de 428 kommunene i Norge. De 43 kommunene utgjør 17 % av den totale populasjonen i Norge. De 43 kommunene er inkludert fordi de har søkt og fått midler fra Helsedirektoratet til å utvikle tilbud om hverdagsrehabilitering, og representerer et variert utvalg med hensyn til antall innbyggere og geografi. Tabell 1 viser en fylkesvis oversikt over inkluderte kommuner og bydeler og deres innbyggertall. Oslo kommune har tre bydeler inkludert.

Fylker og kommuner/ bydeler	Innbyggertall 2015	Fylker og kommuner/ bydeler	Innbyggertall 2015
Østfold		**Rogaland**	
Moss	31802	Sola	25708
Sarpsborg	54192	Rennesøy	4794
Råde	7206	Karmøy	42062
Akershus		**Hordaland**	
Ås	18503	Os i Hordaland	19097
Oppegård	26580	**Sogn og Fjordane**	
Oslo		Flora	11862
Søndre Nordstrand bydel	36304	Gloppen	5751
Østensjø bydel	47164	**Møre og Romsdal**	
Grünerløkka bydel	49307	Ålesund	46316
Hedmark		Sula	8855
Kongsvinger	17881	**Sør-Trøndelag**	
Sør-Odal	7800	Ørland	5183
Trysil	6569	Skaun	7668
Buskerud		Malvik	13498
Ringerike	29712	Bjugn	4715
Hole	6698	**Nord-Trøndelag**	
Modum	13685	Steinkjer	21650
Øvre Eiker	18039	**Nordland**	
Hurum	9365	Narvik	18853
Vestfold		Alstahaug	7454
Larvik	43506	Vefsn	13352
Telemark		Øksnes	4563
Drangedal	4111	**Troms**	
Nome	6630	Lavangen	1008
Aust-Agder		Bardu	4078
Arendal	44219	Salangen	2219
Vest-Agder		Målselv	6693
Kristiansand	87446	**Finnmark**	
Farsund	9596	Hammerfest	10417
		Sør-Varanger	10221
		Totalt 43 kommuner	**872332**

Tabell 1: Fylkesvis oversikt over inkluderte kommuner og bydeler (29)

1.2 OPPLÆRING AV HELSEARBEIDERE OG KONTAKTPERSON I HVER KOMMUNE

Senter for omsorgsforskning Vest arrangerte i mars 2014 i samarbeid med CHARM et to-dagers kurs hvor representanter fra alle kommunene fikk opplæring i bruken av Canadian Occupational Performance Measure (COPM), hverdagsrehabilitering og forskningsprosedyrer. På kursdagene deltok helsepersonell som skulle implementere hverdagsrehabilitering og kontaktpersoner fra hver kommuene som var ansvarlig for at prosedyrene for følgeevalueringen ble fulgt. Representanter fra alle kommunene var til stede. Den første dagen ble det gitt opplæring i hverdagsrehabilitering og bruken av vurderingsredskapet COPM inkludert praktiske øvelser. Alle deltakerne ble oppmuntret til å benytte videoer som demonstrerte hvordan en skulle utføre COPM-intervjuet og den fysiske funksjonstesten som er en del av vurderingen ved oppstart. Den andre dagen hadde prosjektleder og prosjektkoordinator undervisning i datasamlingsprosedyrene. Hver kontaktperson fikk utdelt en evalueringsperm hvor alle prosedyrer var beskrevet. I tillegg var alle datasamlingsskjema inkludert i permen. For å sikre at de ulike prosedyrer ble fulgt både i forhold til implementeringen av intervensjonen og datasamlingsprosedyren, ble det i tillegg gitt råd og veiledning av prosjektleder på telefon relatert til selve intervensjonen og datasamlingsprosedyrene. Videre har kontaktpersonene og helsepersonell hatt anledning til å ta kontakt med prosjektleder på telefon og epost ved behov for drøfting av ulike tema eller problemstillinger knyttet til prosjektet som dukket opp underveis i datainnsamlingsperioden.

KOMMUNENS KONTAKTPERSON

Hver kommune har hatt en kontaktperson som hadde ansvar for at retningslinjer og prosedyrer ble fulgt. Kontaktpersonene hadde en sentral rolle i forhold til at forskningen kunne gjennomføres. Å være kontaktperson innebar blant annet følgende oppgaver:

- Være bindeledd mellom den enkelte kommune og prosjektleder.
- Være ansvarlig for opplæring i kartleggingspakken for sine medarbeidere i egen kommune.
- Ha ansvar for rekruttering med inklusjons- og eksklusjonskriterier.
- Ha ansvar for at informert samtykke til å delta i forskningen innhentes.
- Gi alle deltakere i hverdagsrehabilitering et ID-nummer og holde oversikt over disse, samt å oppbevare koblingsnøkkelen forsvarlig.
- Ha ansvar for å følge opp tidspunkt for kartlegging av den enkelte person.
- Merke ID-nummer på kartleggingsskjema og sende disse til prosjektleder en gang pr. måned for innregistrering.
- Ha ansvar for at alle fagutøvere som skal utføre kartleggingen har fått nødvendig opplæring i utfylling av vurderingsredskapene.
- Ha ansvar for kopiering, lokal oppbevaring og utsending av kartleggingsskjema til prosjektleder.
- Finne egnete kandidater til fokusgruppeintervju og være praktisk behjelpelig i dette arbeidet.

1.3 METODE FOR MÅLING AV EFFEKT AV HVERDAGS-REHABILITERING FOR DELTAKERNE

Dette er en stor multisenter klinisk kontrollert studie med fire måletidspunkt, hvor data ble samlet inn fra april 2014 til og med desember 2015. Rekruttering av deltakere startet 1. april 2014 og sluttet 1. juli 2015. Målingene skjedde ved oppstart, etter intervensjon ved ti uker, og ved seks og tolv måneder etter oppstart.

Siden åtte kommuner ikke startet med hverdagsrehabilitering i april 2014, inkluderte disse kommunene deltakere til kontrollgruppene frem til de startet med hverdagsrehabilitering. I tillegg var det tre kommuner med to soner, hvor en sone var kontrollgruppe og en var intervensjonsgruppe. Valget av hvilken sone som ble intervensjons- eller kontrollgruppe var basert på praktiske grunner og ble bestemt av den enkelte kommune. Intervensjonsgruppen fikk hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen fikk standard tjenester.

Protokollen for den klinisk kontrollerte studien følger «Standard Protocol Items: Recommendations for Intervention Trials» (SPIRIT) 2013 statement (30). Protokollen er registrert i ClinicalTrials.gov (24. oktober, 2014, identifier: NCT02273934). Studieprotokollen for den klinisk kontrollerte studien er publisert (31).

UTVALG AV DELTAKERE

Studiens utvalg besto av hjemmeboende personer som har behov for hverdagsrehabilitering.

I tillegg måtte følgende inklusjonskriterier være oppfylt:

- Nye søkere av hjemmebaserte tjenester, eller personer med henvisninger/henvendelser om hjemmebaserte tjenester.
- Personen opplever funksjonsfall og har problemer med å mestre minst én hverdagsaktivitet.
- Alder: 18 år og eldre.
- Er klar og orientert.

Eksklusjonskriterier var som følger: Personer i terminal fase og personer som er vurdert til å ha behov for sykehjemsplass eller et dagtilbud/døgntilbud innen rehabilitering.

BESKRIVELSE AV INTERVENSJONEN OG BEHANDLING I KONTROLLGRUPPEN

INTERVENSJONEN HVERDAGSREHABILITERING

Det er noen kjennetrekk når det gjelder intervensjonen hverdagsrehabilitering som gjelder alle kommuner og de presenteres i det følgende. Hovedfokuset er gjennom en dialog å identifisere daglige aktiviteter som personen selv opplever som meningsfulle å investere i og forbedre. Vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) anvendes som en del av vurderingen ved oppstart for å gi et godt grunnlag for innholdet i hverdagsrehabiliteringen. COPM-intervjuet starter med følgende spørsmål: "Hva er de viktige aktiviteter i livet ditt nå?" Gjennom COPM-vurderingen definerer personen opp til fem aktivitetsmål som er viktige for henne eller ham. Basert på målene utvikles en rehabiliteringsplan for å sikre samsvar mellom aktiviteter og mål som er identifisert av deltakeren. Intensiv oppfølging med gjentatte hjemmebesøk blir gitt for å oppmuntre til deltakelse og stimulere til trening i daglige aktiviteter. Helsepersonell er til stede under treningen for å oppmuntre deltakeren til å gjøre oppgavene

selv, samt for å fremme trygghet og relæring av ferdigheter. Det handler også om å optimalisere personens fungering i daglige gjøremål gjennom tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser. Fysiske øvelser bidrar til å bedre styrke og balanse, for å bedre forutsetningene for å mestre daglige aktiviteter. Individuell skreddersøm er et hovedprinsipp. Dette betyr at intervensjonen varierer fra person til person selv om de grunnleggende prinsippene er de samme. Intervensjonen er tidsavgrenset, men den varierer vanligvis mellom 3-10 uker. Etter intervensjonen kan bruker motta kommunale tjenester eller klarer seg uten.

KONTROLLGRUPPEN - STANDARD TJENESTER

Kontrollgruppen mottar vanlig behandling. Til forskjell fra hverdagsrehabilitering, er ikke standard tjenester tidsbegrenset og vil derfor kunne vare utover ti uker. Standard tjenester består ofte av kompenserende hjelp og innholdet i den kompenserende hjelpen vil gjerne tilsvare det som personen har søkt om. Dette kan for eksempel være personlig eller praktisk assistanse, matlevering, trygghetsalarm eller tekniske hjelpemidler. Imidlertid kan det også være rehabiliteringstiltak utført av helsepersonell som for eksempel sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Dette betyr at standard tjenester eller omsorg vil variere mellom deltakerne og kommunene. I tillegg gjennomfører kontrollgruppen COPM-vurderingene, på lik linje med intervensjonsgruppen.

RESULTATMÅL OG VURDERINGSREDSKAPER

Resultatmål vil si det området de ulike vurderingsredskapene undersøker, for eksempel aktivitetsutførelse, mestring og psykisk helse. Hverdagsrehabilitering er basert på en helhetlig tilnærming, og ulike resultatmål er inkludert for å undersøke mulige effekter på et vidt spekter av områder. Resultatmålene inkluderte også kostnader, forbruk av hjemmebaserte tjenester og øvrige helsetjenester.

Det er foretatt en ukentlig registering av forbruk av tjenester over en periode på seks måneder på hver deltaker. Denne registreringen ble utført av kontaktperson, basert på innhenting av opplysninger fra elektronisk journal eller ansatte. Her ble følgende opplysninger fra foregående uke registrert:

- Hvilken profesjon som har utført en arbeidsoppgave.
- Hyppighet og varighet av utført arbeidsoppgave
- Hvilken arbeidsoppgave som ble utført

SOSIODEMOGRAFISKE VARIABLER

Alder, kjønn, sivil status, bosituasjon, utdanning, diagnose og komorbiditet ble kartlagt ved oppstart. I tillegg ble motivasjon for rehabilitering (skala fra 1- 10) kartlagt ved oppstart.

PRIMÆRE EFFEKTMÅL

Det primære resultatmålet er aktivitet og deltakelse målt ved Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM er et pasientspesifikt og generisk redskap hvor den det gjelder beskriver selvopplevd mestring av betydningsfulle, men utfordrende aktiviteter (32). COPM utføres som et semistrukturert intervju, og informasjonen som innhentes dekker ni kategorier av aktiviteter: personlig stell, mobilitet, fungere i samfunnet, lønnet/ulønnet arbeid, husarbeid, lek/skole/utdanning, rolige fritidsaktiviteter, fysisk krevende fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Deltakeren vurderer betydningen av de aktivitetene som hun/han har beskrevet som utfordrende i løpet av intervjuet, og skårer deretter utførelse og tilfredshet av opptil fem prioriterte aktiviteter på en 10-gradert skala, hvor 1 er lavest

skår og 10 er best skår. Undersøkelsen tar ca. 35 minutter å gjennomføre. En endring på to poeng anses som en klinisk relevant bedring eller forverring (32). COPM er oversatt og kvalitetssikret for norske forhold (33, 34).

Validitet, reliabilitet og responsivitet av COPM er blitt oppsummert i flere publikasjoner (35, 36). En litteraturoversikt basert på 19 metodestudier konkluderer med at COPM er et valid, reliabelt, sensitivt og anvendbart vurderingsredskap (37). Det er blitt utført testing av validitet og responsivitet av COPM overfor flere ulike grupper av eldre med ulike diagnoser. Eksempler på dette er yngre eldre med hjerneslag (38), eldre med depresjon (39) og yngre eldre med håndartrose (33).

I tillegg undersøkte vi deltakers opplevelse av nytte med bruken av COPM med følgende spørsmål: «I hvilken grad mener du at dette vurderingsredskapet var nyttig i å bestemme mål for din rehabilitering?». Svaralternativene var på en gradert skala fra 1 til 10 hvor 1 var ikke nyttig og 10 var svært nyttig.

SEKUNDÆRE EFFEKTMÅL

Short Physical Performance Battery (SPPB) er en screeningtest for balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i bena (40). SPPB består av tre deler: 1) Statisk balanse, 2) 4 meter gangtest i vanlig tempo, og 3) reise/sette seg i raskt tempo fem ganger. Hver dimensjon skåres i poeng fra 0-4 hvor 4 er best funksjon. Skårene på de ulike dimensjoner legges så sammen til en totalskår som da kan variere fra 0-12. Deltesten for gangfunksjon gir også opplysninger om bruk av ganghjelpemidler. I tillegg kan ganghastighet beregnes basert på denne deltesten. Freiberger mfl (41) har i en systematisk oversiktsartikkel vist at SPPB har god validitet, reliabilitet og responsivitet.

For å vurdere helserelatert livskvalitet (HRQoL) anvendes European Quality of Life Scale (EQ-5D). Det er et vurderingsredskap som består av EQ-5D-5L index og EQ-5D visual analog skala (VAS). EQ-5D-5L index består av fem områder (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag, og angst/depresjon) med fem nivåer og er et standardisert mål for generell helsestatus. EQ-5D VAS måler total helseskår (42). EQ-5D-5L er oversatt til norsk og har vist tilfredsstillende reliabilitet, validitet og responsivitet blant eldre (43).

Sence of Coherence Questionnaire (SOC-13) er utviklet av Antonovsky (44) og måler mestring ved opplevelse av sammenheng i livet. SOC-13 er en kortversjon av den opprinnelige 29 versjonen og består av 13

Tabell 2: En detaljert oversikt over logistikk i den klinisk kontrollerte studien

Oppstart	Intervensjon	10 uker	6 måneder	12 måneder
Pretest: T^1	Hverdagsrehabilitering	Posttest T^2	Posttest T^3	Post-test: T^4
Pretest: T^1	Kontrollgruppe med standard tjenester	Posttest T^2	Posttest T^3	Post-test: T^4

T^1 COPM, SPPB, EQ-5D, SOC. MHC-SF. Kartlegging av forbruk av hjemmebaserte tjenester, synspunkter på utfylling av COPM.

T^2 COPM, SPPB, EQ-5D, SOC. MHC-SF. Kartlegging av forbruk av hjemmebaserte tjenester, synspunkter på utfylling av COPM. Kartlegging av forbruk av øvrige helsetjenester.

T^3 COPM, SPPB, EQ-5D, SOC. MHC-SF. Kartlegging av forbruk av hjemmebaserte tjenester. Kartlegging av forbruk av øvrige helsetjenester.

T^4 COPM, SPPB, EQ-5D, SOC, MHC-SF. Kartlegging av forbruk av hjemmebaserte tjenester.

spørsmål som representerer forståelse, håndterbarhet, og mening. Vurderingsredskapet foreligger på norsk og viser tilfredsstillende resultater hva gjelder reliabilitet og validitet (45, 46).

Positiv psykisk helse er definert som tilstedeværelse av grad av emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære og måles med Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (47). Skalaen er utviklet i USA. Skalaen er anvendt på populasjoner i USA og viser god reliabilitet og validitet (47). Skalaen er oversatt til norsk etter godkjente prosedyrer (48).

Se Tabell 2 for oversikt over vurderingsredskaper og måletidspunkter.

STYRKEBEREGNING

Vi foretok beregninger over hvor stort utvalg som var nødvendig for å kunne få mest mulig sikre og pålitlige funn. Beregningen var basert på COPM skårene og at fordelingen av deltakerne til intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen ikke ville randomiseres (være tilfeldig fordelte), og at antall deltakere i intervensjonsgruppen trolig ville være tre til fire ganger så høy som i kontrollgruppen. Målet var å kunne oppdage en forskjell på ett poeng i COPM utførelsesscore mellom gruppene med en styrke på 80 % og et signifikansnivå på 0.05 eller mindre. Basert på disse anslagene viste beregningene at vi trengte 70 deltakere i kontrollgruppen og 260 i intervensjonsgruppen. I tillegg måtte vi ta høyde for et relativt høyt frafall (opptil 35%) på grunn av skrøpelige deltakere. Basert på slike estimater var det behov for minimum 107 deltakere i kontrollgruppen og 400 deltakere i intervensjonsgruppen.

STATISTISKE ANALYSER

Deskriptiv statistikk ble benyttet for å kunne gi en beskrivelse av sosiodemografiske og kliniske variabler ved oppstart. Videre har vi beskrevet resultatmålene ved alle fire måletidspunkt. Gjennomsnitt med standardavvik (SD) og medianverdier med spredning, antall og prosenter er rapportert. For å vurdere i hvilken grad hverdagsrehabilitering har effekt, har vi for det første sammenliknet de som fikk og de som ikke fikk hverdagsrehabilitering. Dette gjorde vi ved å sammenlikne henholdsvis rehabiliterings- og kontrollgruppens endringer før og etter behandling. Her sammenlignet vi de ulike gruppenes gjennomsnitt på de ulike måletidspunktene (oppstart, ti uker, seks måneder og tolv måneder) og undersøkte om endringene er signifikante over tid og om forskjellene mellom gruppene er signifikante eller ikke. Her benyttet vi t-tester eller kjikvadratstester for å vurdere hvorvidt forskjellene over tid og/eller mellom kontroll- og intervensjonsgrupper var signifikante. Univariat kovariansanalyse ble anvendt for å utforske forskjeller mellom gruppene ved oppstart og slutten av intervensjonen. Her la vi inn oppstarts gjennomsnittsverdi for de ulike utfallsmål som kovariat for å kontrollere for forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe på oppstart. Dette ble utført fordi oppstartsskår kan predikere endring av skår.

For det andre benyttet vi såkalte multiple flernivå regresjonsanalyser (også kjent som mixed-effects models). Med flernivå skiller vi mellom ulike nivåer der individer er gruppert inn i kommuner (eng: nested). Dermed kunne vi undersøke i hvilken grad effekten av hverdagsrehabilitering varierer i tråd med:

- Type(r) av helseproblem(er)
- Sosiodemografiske kjennetegn ved individene
- Kommunetilhørighet
- Ulike organisasjonsmodeller

Gjennom en multippel flernivå regresjonsanalyse der kommunetilhørighet og kjennetegn ved disse holdes konstant (såkalte fixed-effects modeller), har vi avdekket i hvor stor grad variasjonene skyldes trekk ved kommunene eller trekk ved individene. At analysen er multippel vil si at analysen ser på den enkelte variabel sin effekt kontrollert for effekten av andre variabler. Dette ga rom for å undersøke karakteristika ved kommunene (som valg av modeller) og deres selvstendige betydning for ulike utfall på individnivå (effekt på helse og funksjon). Analysene ble utført ved hjelp av SPSS Statistics versjon 22 og Stata versjon 14.

1.4 METODE FOR MÅLING AV ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE

Data til de økonomiske analysene er hentet fra tre ulike kilder. Hovedkilden til informasjon er ukeregistreringer og spørreskjema utfylt underveis i prosjektet, mens kommunedata er innhentet via statistikk i Statistisk sentralbyrå sine sider (KOSTRA/IPLOS) og direkte fra hver enkelt kommune via et web-basert spørreskjema (vedlegg 7). I denne delen vil vi først gjennomgå data og forutsetninger som ligger til grunn for kost-effektanalysen, for deretter å beskrive data som ble benyttet til analyser av de økonomiske konsekvensene for kommunene.

KONSEKVENSER FOR HELSE

For å vurdere effekten av hverdagsrehabilitering har vi benyttet det generiske måleinstrumentet for helserelatert livskvalitet (HRQoL), EQ-5D-5L (se kapittel 1.3). HRQoL måles på en skala fra 0 til 1, hvor 0 referer til død og 1 til perfekt helse. HRQoL måles for hvert individ ved inklusjon, etter ti uker, seks måneder tolv måneder (se detaljer i vedlegg 3).

KOSTNADER

Kostnader omfatter bruk og omfang av tjenester i pleie- og omsorgsektoren, samt fastlege, spesialister, institusjonsbasert rehabilitering og sykehusinnleggelser. I Tabell 3 rapporteres kostnadskomponenter etter gruppe. I tillegg er enhetskostnader og kilde for enhetskostnader definert. Estimering av enhetskostnader avhenger i noen grad av tilnærming og kilde. For å få en forståelse av konsekvensen av ulike estimater, har vi antatt et lavt og et høyt estimat på enhetskostnadene.

VARIABLER PÅ KOMMUNENIVÅ

Til å analysere effekter for kommunene, har vi innhentet kommunedata fra KOSTRA, slik som antall innbyggere, andel brukere av ulike tjenester etter aldersgrupper og økonomiske indikatorer. I tillegg ble det gjennomført en nettbasert undersøkelse (Questback, jamfør vedlegg 7) hvor det ble spurt om mulige konsekvenser av hverdagsrehabilitering for andre hjemmebaserte tjenester.

STATISTISKE ANALYSER

Helseeffekten er definert ved kvalitetsjusterte leveår (QALYs). QALYs er definert ved kombinasjonen av HRQoL ved inklusjon, ti uker og etter seks måneder. Effekten blir dermed estimert som forskjell i QALYs over seks måneder i hverdagsrehabiliteringsgruppen minus QALYs i kontrollgruppen.

Tabell 3: Kostnader inkludert i analysen fra inklusjon til seks måneder etter type kostnad, enhet, intervensjonsgruppe, enhetspris og kilde for enhetspris

Type kostnad	Enhet	Kontroll (n=121)	Hverdags-rehabilitering (n=713)	Enhetspris NOK		Kilde for pris (lav/høy)
Hjemmebasert				Lav	Høy	
Hjemmehjelp	Timer	8,04	8,73	400	450	Questback
Sykepleier	Timer	27,43	13,69	500	650	Questback
Hjelpepleier	Timer	34,07	38,99	400	450	Questback
Ergoterapeut	Timer	0,41	4,49	400	450	Questback
Fysioterapeut	Timer	4,56	5,11	400	450	Questback
Vernepleier	Timer	0	0,14	400	450	Anslag
Aktivitør	Timer	0,34	0,04	400	450	Anslag
Student	Timer	0,53	0,44	300	350	Anslag
Andre	Timer	0,68	3,68	300	350	Anslag
Helsevesenet utenom studien						
Sykehus	Antall dager	2,50	2,15	3889	5688	(SINTEF)
Sykehjem	Antall dager	0,86	1,27	2000	2500	KOSTRA
Institusjonsbasert rehabilitering	Antall dager	1,44	1,70	2000	2500	(49)
Annet	Antall dager	0,40	0,33	400	400	Anslag
Dagtilbud	Antall dager	0,24	0,27	400	400	Anslag
Fastlege	Antall ganger	2,48	2,51	450	500	NAV
Fysioterapi	Antall ganger	7,40	5,25	400	886	Questback/ takstplakat
Logoped	Antall ganger	0,14	0,22	400	400	Anslag
Kiropraktor	Antall ganger	0,03	0,01	400	450	Som fysioterapeut
Spesialister på sykehus/poli-klinisk	Antall ganger	0,26	0,34	1400	2000	DRG/Sintef
Annet	Antall ganger	0,041	0,16	400	400	Anslag

Forskjellen i HRQoL mellom kontrollgruppen (0,634) og hverdagsrehabiliteringsgruppen (0,601), ble justert for på oppstart, jamfør Manca m.fl. (50). For å teste for forskjeller mellom gruppene, har vi benyttet Mann-Whitney, som tar høyde for skjevheter i datamaterialet.

Vi har valgt å dele opp kostnadene i tre grupper, kostnadsgruppe 1, omfatter alle hjemmebaserte tjenester i hverdagsrehabiliteringen (registrert ved ukeregistreringen). Kostnadsgruppe 2 omhandler tjenester i primærhelsetjenesten utover hverdagsrehabilitering, mens kostnadsgruppe 3 omfatter sykehus, institusjonsbasert rehabilitering og bruk av spesialister. Totale kostnader er summen av alle kostnadsgrupper, og ble estimert ved først å estimere kostnaden for hver type tjeneste over hele perioden. Vi tok utgangspunkt i totalt antall tjenester en bruker har mottatt pr. uke. Dette er en sum av antall tjenester en bruker mottar pr. dag i en bestemt uke. Totalt antall tjenester pr. uke kombineres med varighet pr. besøk. For hver uke har vi regnet ut totalt antall timer en bruker mottar av tjenester. Totalt antall timer for hver uke er summert og multiplisert med kostnader per time for en bestemt tjeneste.

For å vurdere kostnadseffektivitet, har vi anvendt standard metoder innen helseøkonomisk evaluering (se vedlegg 2 for detaljer). Med utgangspunkt i kostnader og QALYs i hverdagsrehabiliteringsgruppen og kontrollgruppen, har vi estimert inkrementell kost-effekt brøk (betyr her endring i kostnader og helseeffekter fra standard rehabilitering til hverdagsrehabilitering), forkortet ICER. ICER er definert ved forskjeller i kostnader delt på forskjeller i QALYs, som følger:

$$\text{ICER} = \frac{\textit{Kostnad hverdagsrehabilitering-Kostnad kontrollgruppen}}{\textit{Effekt hverdagsrehabilitering-Effekt kontrollgruppen}}$$

Etter at vi hadde analysert forventede kostnader og effekter for hele gruppen, ønsket vi å gå mer i detalj for å se om vi kan forklare noe av variasjonen. Vi utforsket to ulike faktorer:

1. Konsekvensene av modell for å organisere hverdagsrehabilitering på kostnadseffektiviteten
2. Effekten av kommunale kjennetegn (økonomi, alderssammensetning) på kostnadseffektiviteten

For å analysere punkt 1 og 2 over har vi analysert samvariasjonen mellom helseeffekt, kostnader og kost-effekt og valg av modell og kjennetegn ved kommunene.

Med utgangspunkt i den nettbaserte spørreundersøkelsen har vi diskutert om innføring av hverdagsrehabilitering går på bekostning av tilbudet til andre brukergrupper eller om det frigjør ressurser.

1.5 SPØRREUNDERSØKELSE OM MODELLER OG ORGANISERING

Målet med denne delen av studien var å besvare spørsmålet om noen modeller for hverdagsrehabilitering fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene. Det primære resultatmålet for

hverdagsrehabilitering er at deltakeren oppnår økt mestring av hverdagsaktiviteter som han eller hun selv tillegger betydning for å kunne leve godt og lengst mulig i eget hjem og nærmiljø. Et sentralt spørsmål var om vi kan identifisere noen organisasjonsmodeller fremmer dette målet bedre enn andre.

SPØRRESKJEMA OG VARIABLER

Vi har utviklet et ni-siders standardisert spørreskjema (vedlegg 8). Skjemaet har 16 åpne spørsmål og 31 spørsmål med faste svarkategorier. Skjemaet er utviklet med bakgrunn i norsk og internasjonal litteratur om hverdagsrehabilitering, muntlige og skriftlige tilbakemeldinger fra referansegruppen og fra Helsedirektoratet. Det ble pilottestet før utsending til utvalget av kommunene. Følgende temaer er sentrale i spørreskjemaet: betegnelser på rehabiliteringsformen, valg av målgrupper, informasjon til målgrupper, initiativtakere til tjenesten, søknadsbehandlingsprosesser, type tiltak, varighet av tiltak, intensitet, bruk av vurderingsredskapene, organisasjonsmodeller, yrkesgruppers involvering, samarbeid med eksterne parter, vurderinger av arbeidskultur og faglig forvarlighet, opplæring, kompetanse og overgang fra prosjekt til drift. Spørsmålene tok utgangspunkt i norsk kommunekontekst og aktuelt norsk lovverk om rehabilitering.

Vi har i tillegg innhentet rapporter og annet skriftlig materiale fra de involverte kommunene som beskriver organisering, innhold, rehabiliteringsprofil med mer.

DATAINNSAMLING OG UTVALG

Spørreskjemaet ble 19. oktober 2015 sendt ut elektronisk til alle kontaktpersonene i alle de involverte kommunene, unntatt kommunene som kun har tilbudet overfor brukergruppen personer med psykisk utviklingshemming og kommunene som på dette tidspunktet var kontrollkommuner og således ikke hadde startet opp hverdagsrehabilitering. Kommunene som fikk tilsendt spørreskjemaet utgjorde 33 kommuner og 3 bydeler i Oslo.

ANALYSER

Det er utført beskrivende analyser av organisering og modeller for kommunenes hverdagsrehabilitering. Primært vises frekvenstabeller og grafiske fremstillinger av enkeltvariabler i spørreskjemaet hver for seg. Dette viser hvilke modeller, profiler, målgrupper og andre organisatoriske tilnærminger kommunene har valgt for sin implementering av hverdagsrehabilitering. Utvalget på 36 kommuner og bydeler var for lite til å gjøre avanserte statistiske analyser på dette materialet isolert. Det ble gjort bivariate analyser for å undersøke sammenhenger mellom organisasjonsmodeller og andre sentrale variabler i materialet, som tilbudets varighet og intensitet. Pearsons kji-kvadrat-test ble utført for å signifikansteste disse sammenhengene.

Kommunene ble bedt om å besvare hvilke av de følgende tre hovedmodeller som lå nærmest deres måte å arbeide med hverdagsrehabilitering på:

3. Tverrfaglig tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten i samarbeid med rehabiliteringstjenesten.
4. Tverrfaglig tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten i samarbeid med hjemmetjenesten.
5. Tverrfaglig tjeneste organisert som en egen spesialisert enhet ved siden av hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten, og med selvstendig ansvar for hele rehabiliteringsprosessen.

1.6 INTERVJUER MED ANSATTE OM ERFARINGER MED HVERDAGS-REHABILITERING

KVALITATIV METODE OG ANALYSE

Det er gjennomført besøk og foretatt intervjuer i sju kommuner. Kommunene var lokalisert både i Sør-, Midt- og Nord-Norge, slik at tilnærmet alle deler av landet var representert. Kommunene varierte i størrelse fra 4000 til 90000 innbyggere. For å få frem erfaringer med hverdagsrehabilitering ble det valgt ut kommuner som hadde rekruttert mange deltakere til hverdagsrehabilitering.

UTVALG OG METODE

Alle kommunene hadde etablert ulike former for tverrfaglige team. Det ble derfor gjennomført fokusgruppeintervjuer med sju team bestående av fire til seks personer i hver gruppe med til sammen 33 personer. Fokusgruppeintervjuer ble anvendt for å få frem personers erfaringer og opplevelser med hverdagsrehabilitering (51, 52).

For å få en dypere forståelse av hvordan hverdagsrehabiliteringen ble gjennomført og hvilke erfaringer utvalgskommunene satt igjen med, ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med de som arbeidet i rehabiliteringsteamene. Målet var først og fremst å få kunnskap om hvordan de ansatte erfarte måten de gjennomførte hverdagsrehabilitering i sine respektive kommuner. For å få frem dette var det av betydning at sammensetningen av gruppene var noenlunde enhetlig. Det vil si at det i utgangspunktet ikke var ønskelig å blande personer som var på et rent administrativt nivå (ledere som ikke hadde daglig og faglig kontakt med brukere) med de som var direkte ansatt i rehabilteringsteamene. Grunnen til det var at ansatte som er på underordnet nivå da ofte kan bli mer tilbakeholdne i gruppediskusjonen og at lederne blir dominerende i gruppen. Det betyr ikke at det ikke var ledere med i gruppene. I en del grupper var nemlig prosjektledere med og noen av disse kunne være i tilgrensende lederfunksjoner i tillegg. Felles for disse var at de også i større og mindre grad arbeidet utøvende i forhold til selve rehabiliteringen. Der ledere ikke var med i selve gruppene var det ofte en dialog med disse enten før eller etter gruppeintervjuene. I enkelte kommuner var rehabiliteringsteamet etablert og implementert i ordinær drift, men i andre kommuner var teamene nokså nyetablert i forbindelse med prosjektet. Der prøvde en ut måter å organisere og implementere hverdagsrehabilitering på i en tett dialog med de ansvarlige lederne.

Teamene var tverrfaglige og bestod av følgende ulike fagpersoner (se Tabell 4).

Tabell 4: Oversikt over faggrupper som deltok i fokusgruppeintervju

Faggruppe	Antall
Fysioterapeuter	9
Sykepleiere	8
Ergoterapeuter	7
Vernepleiere	4
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	3
Sosionom	1
Psykiatrisk sykepleier	1

Ved at teamene var så bredt sammensatt, var det mulig å få frem erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet og hvordan teamene fungerte i praksis. Lederne av teamene var i utgangspunktet ikke tenkt som del av

fokusgruppene, men i noen tilfeller var de så integrert i det daglige arbeidet at det var naturlig at de var med.

I tillegg til intervjuer med 33 ansatte i de tverrfaglige teamene, ble det gjort enkeltintervjuer med fire ansatte som representerte gruppen helsefagarbeidere. Hensikten med disse intervjuene var å få innsikt i hvilken rolle denne faggruppen hadde i forhold til hverdagsrehabilitering. Det ble gjennomført et individuelt intervju med en person i denne gruppen som hadde en vanlig stilling i hjemmetjenesten og et individuelt intervju med en som var med i et rehabiliteringsteam. Det ble dessuten utført et felles intervju med to personer som var med i et team i tillegg til at de også arbeidet i den ordinære hjemmetjenesten.

INTERVJUGUIDE

Det ble utarbeidet en intervjuguide som mal for intervjuene. Den besto primært av temaområdene angitt under og oppfølgingsspørsmål som ble tilpasset den som var intervjuet. Intervjuguiden tjente som en rettesnor, men hensikten var å hente ut erfaringer fra de som hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering i kommunene på følgende områder:

- Tanker og forventninger før oppstart, informasjon, undervisning, kvalifikasjoner og kompetanse.
- Hvordan arbeidet har vært organisert og hvordan den tverrfaglige kartleggingen før tildeling av tjenester fungerte, herunder utvelgelse av deltakere.
- Brukerdeltakelse, COPM, rehabiliteringsplan og tverrfaglig samarbeid.
- Selve rehabiliteringsarbeidet og rehabiliteringsplaner.
- Faglig forsvarlighet, effekter av rehabiliteringen og totalinntrykk.

ANALYSE AV INTERVJUENE

Analyse/vurdering av intervjuene ble gjort med utgangspunkt i Helsedirektoratets oppdragsbeskrivelse:

- Samsvarer det faglige innholdet med brukernes behov?
- Bidrar hverdagsrehabilitering til en styrking av rehabilitering i samsvar med sentrale føringer, lover og forskrifter?
- Kan det være utilsiktede konsekvenser?

Analysen ble gjennomført i form av en hermeneutisk tilnærming (53-55). Det vil si å ha oppdragsbeskrivelsen i bakhodet og gjennom intervjuene søke å få en utvidet forståelse av hvordan hverdagsrehabilitering kan praktiseres ut fra de erfaringer som er gjort gjennom prosjektet. Dataanalysen besto av følgende faser:

- Analyse i intervjusituasjonen.
- Transkribering av intervjuene kombinert med en innholdsmessig gjennomgang for å få et helhetsinntrykk.
- Gjennomlesing av alle intervjuene for å identifisere temaer.
- Ny gjennomlesing for å identifisere hovedtema.
- Ny gjennomlesing for å identifisere og avgrense undertemaer som underbygger hovedtemaene.
- Tolkning og drøfting nedskrives som resultat som eksemplifiseres med utsagn.
- Trekking av konklusjoner.

1.7 ETIKK

Følgeevalueringen er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest Norge (REK West, 2014/57). Deltakerne kodes og resultatene anonymiseres. Prosedyrene gjennomføres i samsvar med Helsinkideklarasjonen (1975), revidert i 2013 (56). En erklæring som inkluderer frivillig deltakelse med informasjon om studiens hensikt og konsekvenser med vektlegging av retten til å trekke seg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn, ble underskrevet av hver deltaker.

2. RESULTATER

2.1 BESKRIVELSER AV DELTAKERNE

UTVALG

Hele utvalget besto av 833 deltakere ved oppstart. Kontrollgruppen utgjorde 121 av disse. Utvalget besto av 69 % kvinner og gjennomsnittsalderen var 78 år. Vel 50 % var enker eller enkemenn, vel 70 % bodde alene og i overkant av 85 % var pensjonerte. Se tabell 5 på neste side for en ufyllende beskrivelse av utvalget.

Av tabellen fremkommer at deltakerne hadde i gjennomsnitt en ganghastighet på under 0.6 meter/sekund, noe som tilsier at de fysisk sett var skrøpelige, med redusert innendørs og utendørs mobilitet og økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse i henhold SPPB testmanual (57). Nesten 1/3 av utvalget (30.4 %) benyttet et ganghjelpemiddel.

I tillegg viser tabellen at intervensjonsgruppen skåret noe høyere på motivasjon for rehabilitering enn kontrollgruppen (8.2 versus 7.4, p=< 0.001). På de øvrige variablene var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

Som det fremgår av Figur 1, var det 429 som takket nei til å delta i studien eller ble ekskluderte da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. De hyppigste grunnene til at de takket nei var at de ikke orket å delta, at de ikke ønsket å delta, at de var for dårlige til å delta, at de ikke var motiverte til å delta. Totalt 833 deltakere ble inkludert i studien fordelt på 712 i intervensjonsgruppen og 121 i kontrollgruppen.

TABELL 5: BESKRIVELSE AV UTVALGET VED OPPSTART

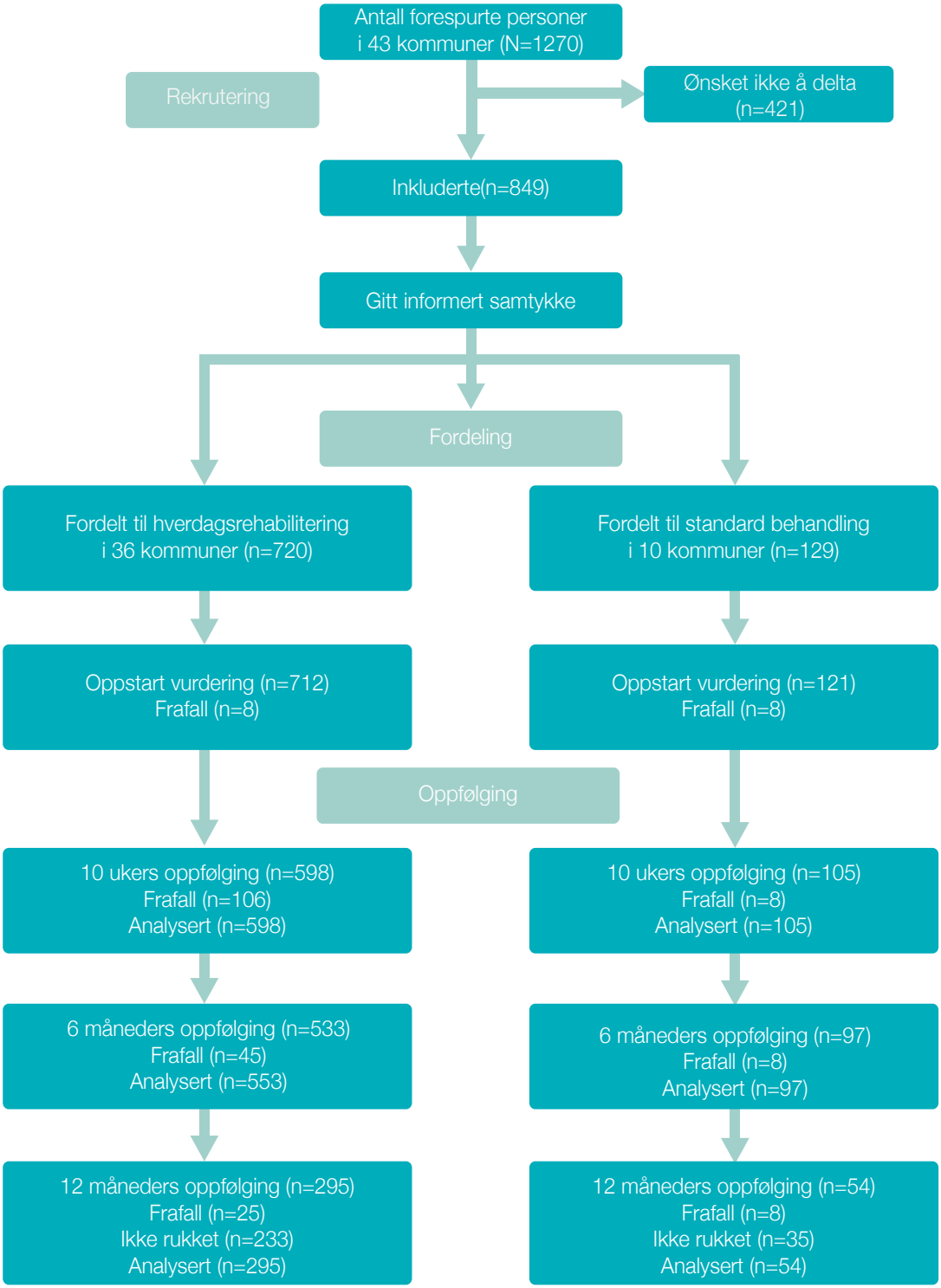
	Hele utvalget N=833	Intervensjons-gruppe n=712	Kontroll-gruppe n=121
Alder, gjennomsnitt (spredning)	78.4 (19-97)	78.2 (19-95)	79.5 (48-97)
Kvinne, antall (%)	575 (69.3)	488 (68.7)	97 (72.5)
Sivil status: Gift, antall (%)	224 (27.0)	195 (27.5)	29(24.2)
Sivil status: Samboer, antall (%)	15 (1.8)	15 (2.1)	-
Sivil status: Enslig, antall (%)	81 (9.8)	70 (9.9)	11 (9.2)
Sivil status: Enkemann/ enke, antall (%)	430 (51.9)	360 (50.8)	70 (58.3)
Sivil status: Skilt/separert, antall (%)	79 (9.5)	69 (9.7)	10 (8.3)
Bor alene, antall (%)	596 (71.6)	502 (70.7)	94 (78.3)
Utdanning, antall med høyere utdanning (høgskole/universitet) (%)	167 (20.3)	140 (19.9)	27 (22.5)
Pensjonert, antall (%)	724 (87.3)	620 (87.5)	104 (86.7)
4 meter gangtest (meter/sekund), SPPB, gjennomsnitt (standardavvik)	0.53 (0.24)	0.52 (0.24)	0.56 (0.27)
Motivasjon for rehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (standardavvik)[a]	8.12 (2.1)	8.24 (2.0)	7.41 (2.6)

a: En t-test viser signifikant forskjell mellom kontrollgruppe og intervensjonsgruppe på motivasjon for rehabilitering.

Til sammen 217 deltakere falt fra studien underveis, noe som gir en frafallsprosent på 26% ved tolv måneder. På ti uker var det 13,6 % frafall, på seks måneder var det totalt 20 % frafall. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til disse prosentene, grunnet noe mangler ved rapportering fra kommunene. De hyppigste grunnene til at deltakere falt fra var at helsetilstanden var for dårlig, at de ikke lenger orket, at de døde eller at de fikk midlertidig eller permanent institusjonsplass. En frafallsanalyse viser at var ingen forskjell på oppstart på COPM på utførelse og tilfredshet mellom de som falt fra og de som svarte på ti uker verken i hele utvalget, kontrollgruppe eller intervensjonsgruppe (p = henholdsvis 0.65 og 0.92, 0.46 og 0.88 og 0.97 og 0.83). Da fortløpende rekruttering av deltakere ble avsluttet juni 2015 og all datainnsamling avsluttet desember 2015, var det 268 (233 i intervensjonsgruppen og 35 in kontrollgruppen) av totalt 650 (553 i intervensjonsgruppen og 97 i kontrollgruppen) som ikke rakk tolv måneders kartlegging. Disse er kategorisert som ikke rukket i Figur 1. Det betyr at det antall deltakere som var med i analysene ved tolv måneder var 349 (295 i intervensjonsgruppen og 54 i kontrollgruppen) av de opprinnelige 833 deltakere.

DELTAKERNES HELSEUTFORDRINGER

Hele 20 % oppga brudd og 15 % oppga svimmelhet og problemer med balanse som sin største helseutfordring. I tillegg hadde de fleste to andre helseutfordringer. Se Tabell 6 for en oversikt over hva deltakerne oppga som sin største helseutfordring.



FIGUR 1: DELTAKERNES FORLØP GJENNOM STUDIEN

TABELL 6: STØRSTE HELSEUTFORDRING OG ANDRE HELSEUTFORDRINGER VED OPPSTART

	Hele utvalget (N = 833)		Intervensjons-gruppe (n=712)		Kontrollgruppe (n=121)	
Største helseutfordring	**Antall**	**Prosent**	**Antall**	**Prosent**	**Antall**	**Prosent**
Brudd	168	20.3	149	20.9	19	15.7
Svimmelhet/ problem m balanse	125	15.1	113	15.9	12	9.9
Smerte	82	9.9	70	9.8	12	9.9
Hjerneslag	75	9.1	66	9.3	9	7.4
Leddgikt/atrose	62	7.5	47	6.6	15	12.4
Hjertesykdom	49	5.9	37	5.2	12	9.9
Annet	37	4.5	33	4.6	4	3.3
Ortopedisk sykdom	37	4.5	29	4.1	8	6.6
Nevrologisk sykdom	32	3.9	25	3.5	7	5.8
Luftveissykdom	31	3.7	29	4.1	2	1.7
Ryggsykdom/problem	20	2.4	17	2.4	3	2.5
Bevegelsesvansker/funksjonsfall	20	2.4	16	2.3	4	3.3
Synsproblemer/øyesykdom	19	2.3	13	1.8	6	5.0
Kreft	19	2.3	16	2.3	3	2.5
Psykisk lidelse	13	1.6	13	1.8	-	-
Amputasjoner(er)	12	1.5	11	1.5	1	0.8
Diabetes	11	1.3	10	1.4	1	0.8
Fordøyelsessykdom	7	0.8	7	1.0	-	-
Urinveisinnfeksjon	7	0.8	5	0.7	2	1.7
Søvnssykdom/problemer	3	0.4	3	0.4	-	-
Antall andre helseutfordringer, median (standardavvik), spredning	2 (2.06) 0-11		2 (2.04). 0-11		2 (2.17). 0-9	

Kategorien «annet» som utgjør 4 %, inkluderte ulike helseproblemer som ikke passet inn under de forhåndsdefinerte kategoriene.

Tabell 7 viser gjennomsnittverdier *ved oppstart* for de ulike vurderingsredskapene for hele utvalget samlet og for de to gruppene hver for seg. Merk at kontrollgruppen skårer signifikant bedre på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter. For de øvrige effektmålene er det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved oppstart.

TABELL 7: GJENNOMSNITTVERDIER VED OPPSTART FOR DE ULIKE VURDERINGSREDSKAPENE

Effektmål (gjennomsnitt, SD)	Hele utvalget	Hverdags-rehabiliterings-gruppe	Kontroll-gruppe	p-verdi
COPM				
Utførelse, skala 1-10, 10 er best	3,5 (1,6)	3,4 (1,6)	3,9 (1,9)	0.0001
Tilfredshet, skala 1-10,10 er best	3,4 (1,8)	3,3 (1,8)	4,0 (2,1)	0.0001
SPPB				
Balanse, skala 0-4, 4 er best	2,30 (1,36)	2,28 (1,36)	2,36 (1,32)	0.59
Gange, skala 0-4, 4 er best	1,88 (1,09)	1,86 (1.07)	2,01 (1,16)	0.17
Reise/sette seg, skala 0-4, 4 er best	0,83 (1,04)	0,81 (1,01)	0,98 (1,18)	0.10
Totalskår, skala 0-12, 12 er best	5,01 (2,78)	4,96 (2,72)	5,32 (3,13)	0.18
EQ-5D				
Gange, skala 1-5, 1 er bst	2,7 (1.00)	2,9 (,98)	2,7 (1.10)	0.06
Personlig stell, skala 1-5, 1 er best	2,0 (,96)	2.0 (,95)	1,9 (,97)	0.27
Vanlige gjøremål, skala 1-5, 1 er best	2,9 (,99)	2,9 (,98)	2,8 (1.04)	0.33
Smerter/ubehag, skala 1-5, 1 er best	2,7 (1,03)	2,7 (1,03)	2,7 (1,07)	0.94
Angst/depresjon, skala 1-5, 1 er best	1,8 (,91)	1,9 (,91)	1,7 (,86)	0.10
Total helseskår (VAS), skala 0-100, 100 er best	50,1 (19,5)	49,6 (19,3)	53,2 (20,1)	0.06
SOC 13				
Mestring, skår fra 13-91, høyest er best	68,6 (11,3)	68,5 (11,3)	69,7 (11,1)	0.28
MHC-SF				
Positiv psykisk helse, skår 0-70, høyest er best	43,57 (12,76)	43,57 (13,81)	43,57 (12,58)	1.00

2.2 SAMLET BESKRIVELSE AV EFFEKTER AV HVERDAGS-REHABILITERING FOR DELTAKERNE

Tabell 8 viser en samlet oversikt over effekter av hverdagsrehabilitering for deltakerne. Tabellen viser at det samlet sett er signifikant bedring i favør av hverdagsrehabilitering på over halvparten av effektmålene (merket med grønt plusstegn). Dette gjelder spesielt vedrørende utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Det gjelder også for fysisk funksjon på total skår, reise/sette seg, gange og balanse. Det er også betydelige effekter når det gjelder helserelatert livskvalitet på områder som personlig stell, gange og total helseskår. Når det gjelder mestring som opplevelse av sammenheng er det effekt i favør av hverdagsrehabilitering ved seks måneder. På området positiv psykisk helse ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom gruppene. Ikke signifikante forskjeller mellom dem som fikk hverdagsrehabilitering og dem som fikk vanlige tjenester er merket med rødt minustegn.

Det er verdt å merke seg at den signifikante

TABELL 8: SAMLET OVERSIKT OVER EFFEKTER BASERT PÅ TESTING* AV FORSKJELLER MELLOM HVERDAGSREHABILITERINGSGRUPPEN OG KONTROLLGRUPPEN PÅ 10 UKER, 6 OG 12 MND

✚ = statistisk signifikant forskjell i favør av hverdagsrehabilitering

▬ = ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene

Effektmål	Måletidspunkt		
	10 uker	6 måneder	12 måneder
Daglige aktiviteter (COPM)			
Utførelse	✚	✚	✚
Tilfredshet	✚	✚	▬
Fysisk funksjon (SPPB)			
Balanse	✚	✚	▬
Gange	✚	✚	▬
Reise/sette seg	✚	✚	✚
Totalskår	✚	✚	✚
Helserelatert livskvalitet (EQ-5D)			
Gange	✚	✚	▬
Personlig stell	✚	✚	✚
Vanlige gjøremål	▬	✚	▬
Smerte/ubehag	▬	▬	▬
Angst/depresjon	▬	▬	▬
Total helseskår VAS	✚	✚	▬
Mestring (SOC 13)	▬	✚	▬
Psykisk helse (MHC-SF)	▬	▬	▬

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med de ulike skår på oppstart som kovariat.

forskjellen mellom gruppene som er oppnådd ved ti ukers oppfølging, holder seg ved seks måneders oppfølging, og vedvarer etter tolv måneder på utførelse av daglige aktiviteter, på reise og sette seg, på totalskår av fysisk funksjon og på subdimensjonen under helserelatert livskvalitet personlig stell. I neste underkapittel (2.3) og i vedlegg 4 presenteres effektene mer detaljert for hver av de ulike effektmålene.

2.3 DETALJERT BESKRIVELSE AV EFFEKTER AV HVERDAGSREHABILITERING FOR DELTAKERNE

UTFØRELSE AV OG TILFREDSHET MED AKTIVITET

Resultatene viser at det er signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter etter ti uker og seks måneder (p=<0.001). Ved tolv måneder er det mindre forskjeller, men det er fremdeles en signifikant forskjell på utførelse i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen (p=0.04). Se Tabell 9 for en oversikt over endring i COPM på alle tre måletidspunkt.

De som skåret lavere på utførelse og tilfredshet i COPM ved oppstart har størst bedring. Dette gjelder i begge grupper (se vedlegg 4, Figur 9). Rehabiliteringspotensialet er med andre ord best blant de som har mer omfattende funksjonsproblemer ved oppstart.

Figur 2 viser utviklingen i gjennomsnittsverdiene på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter ved oppstart, etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Den blå heltrukne linjen viser utviklingen for kontrollgruppen, mens den stiplete røde linjen viser utviklingen for intervensjonsgruppen. Vi ser at bedringen er størst fra oppstart og til ti uker for begge grupper, men signifikant bedre for dem som fikk hverdagsrehabilitering (p=<0.001) . Også ved seks måneder er forskjellene signifikante på 0.001-nivå. Ved tolv måneder er forskjellene mindre, men den er fortsatt signifikant i favør av hverdagrehabiliteringsgruppen på utførelse av daglige aktiviteter (p=0.04), jamfør de to linjene i figuren til venstre. Forskjellen i tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter ved tolv måneder er liten og ikke signifikant, jamfør de to linjene i figuren til høyre. Det er knyttet større usikkerhet til resultatene på tolv måneder på grunn av frafall og fordi vi da ikke lenger hadde nok deltagere i kontrollgruppen i følge styrkeberegningen.

På spørsmålet til deltager om hvor nyttig COPM intervjuet var for å sette mål for egen rehabilitering (skala fra 1 til 10 hvor 10 var best), svarte intervensjonsgruppen og kontrollgruppen henholdsvis 7,85 (SD=2,07) og 7,48 (SD=2,13). Det var ingen signifikant forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen (p= 0.07).

I den multiple regresjonsanalysen er det ingen signifikante funn som kan tilskrives kommunetilhørighet i seg selv når det gjelder forskjellen på endring i COPM-utførelse og -tilfredshet fra oppstart til ti uker og seks måneder. Dette gjelder vel og merke for kommuneegenskaper utover det å være en kontroll- eller intervensjonskommune.

Vi har også undersøkt om kommuneulikheter i hverdagsrehabiliteringens varighet (antall uker) og intensitet (hvor ofte tilbudet ble gitt per uke) gir effekt på individnivå når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Denne flernivå multiple regresjonsanalysen viste at ingen av disse faktorene ga signifikante utslag. Se resultater av analysene i vedlegg 4 (Tabell 30 og 31).

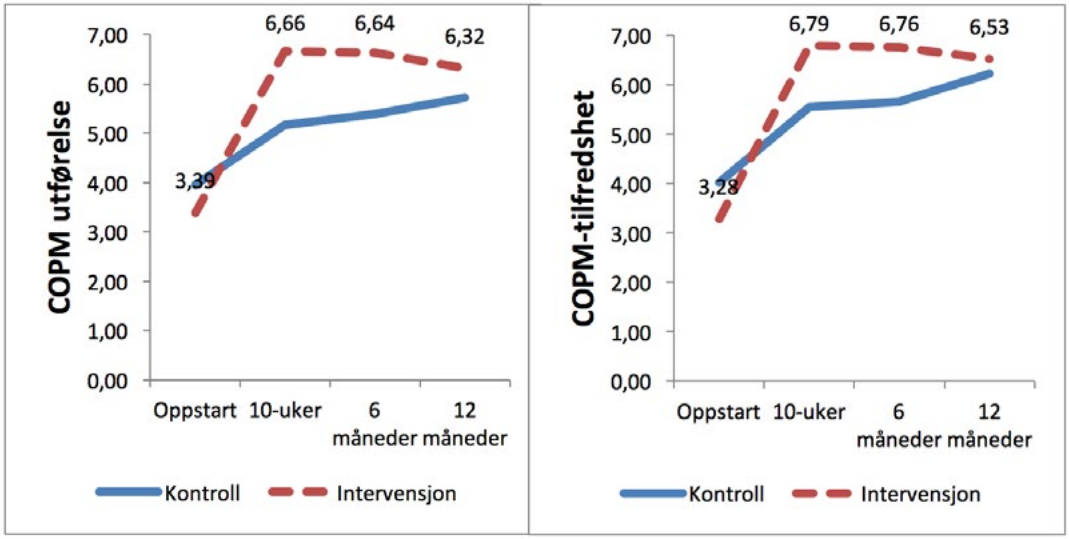
TABELL 9: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITT PÅ TILFREDSHET OG UTFØRELSE AV DAGLIGE AKTIVITETER (COPM) VED OPPSTART OG TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER*

Måletids-punkt	Gruppe	N	Gjennom-snitt forskjell innad i grupper	95% KI** innad i gruppene		Forskjell mellom grupper	95% KI** mellom gruppene		p-verdi
Utførelse, skår 1-10 poeng, 10 er best									
Oppstart – 10 uker	Kontroll	107	1.60	1.19	1.99	1.58	1.15	2.02	<0,001
	Inter-vensjon	588	3.18	3.01	3.34				
Oppstart – 6 mnd	Kontroll	97	1.89	1.42	2.36	1.30	.79	1.81	<0,001
	Inter-vensjon	546	3.19	2.99	3.39				
Oppstart – 12 mnd	Kontroll	52	2.01	1.32	2.70	.77	.02	1.52	0.04
	Inter-vensjon	294	2.79	2.50	3.07				
Tilfredshet, skår 1-10 poeng, 10 er best									
Oppstart – 10 uker	Kontroll	107	1.99	1.56	2.42	1.42	.97	1.90	<0,001
	Inter-vensjon	585	3.43	3.25	3.51				
Oppstart – 6 mnd	Kontroll	95	2.12	1.62	2.62	1.29	.74	1.83	<0,001
	Inter-vensjon	543	3.40	3.20	3.61				
Oppstart – 12 mnd	Kontroll	52	2.60	1.89	3.30	.56	-.21	1.33	0,15
	Inter-vensjon	294	3.16	2.87	3.45				

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med henholdsvis utførelse -og tilfredshetskår på oppstart som kovariat. ** KI =konfidensintervall.

FYSISK FUNKSJON

Resultatene fra SPPB viser at der er en signifikant forskjell mellom gruppene i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen på dimensjonene balanse, gange, og reise/sette seg på både ti uker, seks måneder og totalskår (p =<0.001). Ved tolv måneder er der fremdeles en signifikant forskjell på reise/sette seg (p= 0.008) og på totalskåren (p =0.012). På balanse og gange er forskjellen ikke lenger signifikant med henholdsvis p-verdi på 0.34 og 0.25 (se detaljer i Tabell 32 i vedlegg 4).



FIGUR 2: BESKRIVELSE AV GJENNOMSNITTSVERDI PÅ COPM UTFØRELSE AV DAGLIGE AKTIVITETER (TIL VENSTRE) OG TILFREDSHET MED UTFØRELSE AV DAGLIGE AKTIVITETER (TIL HØYRE) ETTER MÅLETIDSPUNKT OG KONTROLL/INTERVENSJON

HELSERELATERT LIVSKVALITET

På dimensjonene gange og personlig stell innen helserelatert livskvalitet var det en signifikant forskjell på endring av gjennomsnittsskår i favør hverdagsrehabiliteringsgruppen fra oppstart til ti uker (p= <0.001 for begge dimensjonene). Ved seks måneder var forskjellen fremdeles signifikant (p= <0.001 for gange og p= 0.004 for personlig stell) . Ved tolv måneder var det fremdeles signifikant forskjell på personlig stell (p=0.03), men ikke for gange (p=0.17). På vanlige gjøremål var det en signifikant forskjell i favør hverdagsrehabilitering på seks måneder (p=0.007). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på dimensjonene smerte/ubehag og angst/depresjon. Se Tabell 33 i vedlegg 4 for mer utdypende informasjon.

Begge grupper bedret skåren på total helseskår ved alle tre måletidspunkt, men intervensjonsgruppen hadde signifikant større bedring enn kontrollgruppen både på ti uker (p=0.001) og på seks måneder (p=0.003). Se Tabell 34 i vedlegg 4 for mer utdypende informasjon.

MESTRING

Resultatene viser at mestring øker mest i intervensjonsgruppen, men at det ikke er noen signifikant forskjell mellom gruppene på ti uker (p= 0.23). Ved seks måneder er der en signifikant forskjell i favør hverdagsrehabilitering (p=0.049), men det er ingen signifikant forskjell på tolv måneder (p=0. 87). Utdypende detaljer fremgår av Tabell 35 i vedlegg 4.

POSITIV PSYKISK HELSE

Resultatene viser at positiv psykisk helse bedres noe i hverdagsrehabiliteringsgruppen på alle måletidspunkt sammenlignet med kontrollgruppen, men det ikke er noen signifikant forskjell mellom gruppene på verken ti uker (p= 0.079), seks (p=0.084) eller tolv måneder (p=0.191). Se Tabell 36 i vedlegg 4 for utfyllende informasjon.

2.4 ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE

HELSEEFFEKTER

Som vist tidligere bedret helserelatert livskvalitet (HRQoL) seg fra inklusjon til tolv måneder for begge grupper, kontrollgruppen fra 0,634 til 0,710 og hverdagsrehabiliteringsgruppen fra 0,601 til 0,711 (se Tabell 10). HRQoL var signifikant forskjellig ved ti uker (p=0.010) og seks måneder (p=0.010). Kvalitetsjusterte leveår (QALY) var 0,333 og 0,350 for henholdsvis kontroll og hverdagsrehabilitering, denne forskjellen var signifikant forskjellig (p=0,042) .

KOSTNADER

I Tabell 11 er kostnader rapportert etter kostnadsgruppe. Vi ser at kostnadene er høyest i kostnadsgruppe 1, det vil si i perioden med hverdagsrehabilitering. Kostnadene knyttet til primærhelsetjenesten utover hverdagsrehabilitering er høyere for kontrollgruppen enn for hverdagsrehabilitering (kostnadsgruppe 2), mens det for sykehus, spesialisthelsetjenesten og institusjonsbasert rehabilitering er om lag like kostnader. For kostnadsgruppe 1 som omfatter ukeregisteringen, er kostnadsforskjellen om lag 2000 kroner ved lave anslag på enhetskostnadene, mens forskjellen er om lag 3000 kroner ved høye enhetskostnader. Totalt koster hverdagsrehabilitering mindre enn standard tjenester i et seks måneders perspektiv (2800 kroner og 5400 kroner ved henholdsvis lave og høye anslag). Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Vi ser at forskjellen mellom lave og høye anslag på enhetskostnader, ikke medfører store utslag på kostnadsforskjellene mellom gruppene. Et delmål ved hverdagsrehabilitering, var å se om hverdagsrehabilitering bidrar til å utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. Dette skulle vært fanget opp i kostnadsgruppe 3 som omfatter tjenester som blant annet sykehjem og institusjonsbasert rehabilitering. Det er ingen forskjeller mellom gruppene, og det kan indikere at det innen en seks måneders periode, ikke kan avdekkes noen utsettelse av behov.

Tabell 10: HRQoL (EQ-5D VERDIER) VED ULIKE MÅLETIDSPUNKT OG QALY FORDELT PÅ INTERVENSJONSGRUPPE OG KONTROLLGRUPPE. ANTALL I PARENTES (KONTROLL/ HVERDAGSREHABILITERING)

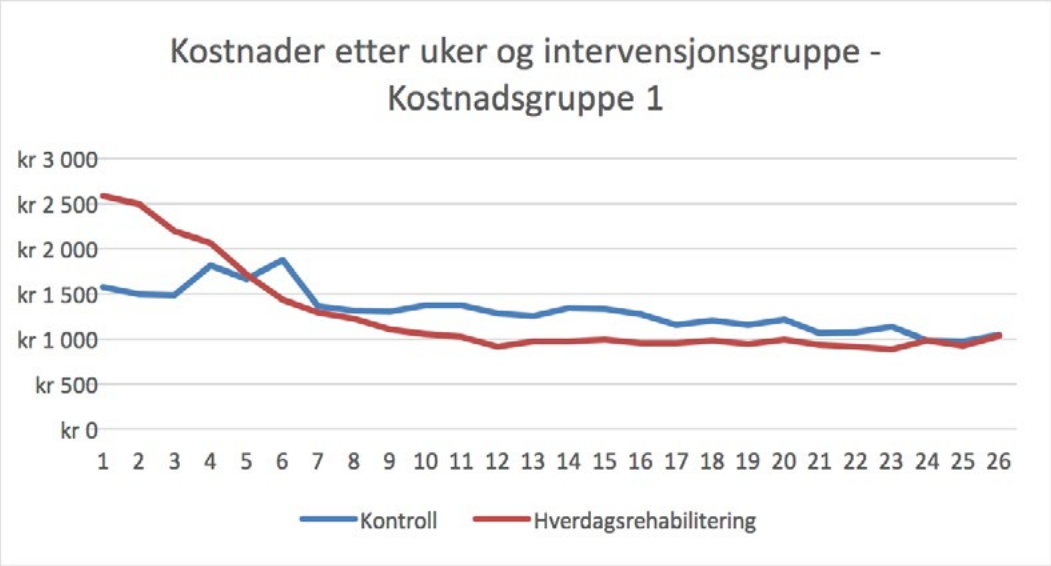
HRQoL	Kontrollgruppe		Hverdagsrehabilitering		p-verdi*
	Gj.snitt	**Standardavvik**	**Gj.snitt**	**Standardavvik**	**Mann-Whitney**
EQ-5D ved oppstart (121/692)	0,634	0,190	0,601	0,204	0,165
EQ-5D ved 10 uker (103/578)	0,670	0,195	0,720	0,186	0,010*
EQ-5D ved 6 mnd (95/530)	0,673	0,1914	0,719	0,195	0,010*
EQ-5D ved 12 mnd (54/283)	0,710	0,199	0,711	0,196	0,986
QALY (88/483)	0,333	0,1643	0,350	0,167	0,042*

*p-verdi <0,05

TABELL 11: OVERSIKT OVER KOSTNADER ETTER KOSTNADSGRUPPER, LAVE/HØYE ENHETSPRISER OG INTERVENSJONSGRUPPE. TALL I KR

Kostnadsgruppe	Kontroll (n=121)		Hverdagsrehabilitering (n=713)	
	Lave	Høye	Lave	Høye
Kostnadsgruppe 1 (ukeregistering)	33 048	39 594	31 084	36 219
Kostnadsgruppe 2 (primærhelsetjenesten)	4 395	8 114	3 565	6 245
Kostnadsgruppe 3 (sykehus og institusjonsbasert rehabilitering)	15 586	21 715	15 732	21 575
Totale kostnader	53 029	69 423	50 380	64 039

Intensjonen med hverdagsrehabilitering er at tidlig innsats skal medføre lavere behov. I Figur 3 er gjennomsnittlige kostnader pr deltaker etter uker rapportert for begge grupper. Disse tallene er basert på bruk av tjenester slike det er registrert ved ukeregistreringene. Fra figuren ser vi at hverdagsrehabilitering hadde høyere kostnader fra inklusjon til om lag uke 5-6, deretter var kostnadene i kontrollgruppen høyere enn for hverdagsrehabiliteringsgruppen, mens de sammenfaller ved 24 uker og resten av perioden. Siden kostnadene relatert til bruk av hjemmetjenester de siste tre ukene i observasjonsperioden er om lag like høye, er det grunn til å tro at kostnadene utover de 26 ukene vi har data for, også vil være like for begge gruppene.



FIGUR 3: UTVIKLING I KOSTNADER RELATERT TIL HJEMMETJENESTER SOM ANGITT I UKEREGISTRERINGEN (UKE 1-26) ETTER GRUPPE

KOST-EFFEKT ANALYSE

I resultatene vist over, har vi rapportert funnene for effekt og kostnader hver for seg. Når vi skal vurdere kostnadseffektivitet, vurderes kostnader og effekt samtidig. Som følge av at ikke alle har rapportert QALYs, sammenfaller ikke gjennomsnittlig kostnad og effekt med tallene som er rapportert i Tabell 11. Resultatene er presentert i Tabell 12 (samt i Figur 10 og Figur 11 i vedlegg 5).

I tabell 12 ser vi resultatene av den økonomiske evalueringen. I kolonne 2 ser vi gjennomsnittlige totale kostnader per deltaker i seks måneder (lavt anslag), kolonne 3 er QALYs, kolonne 4 viser inkrementell kostnad per deltaker (forskjellen i kostnader mellom hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen) og kolonne 6 er incremental cost-effectiveness ratio (ICER) som viser ekstra kostnad per vunnet QALYs. Fra tabellen ser vi at kostnaden per bruker med hverdagsrehabilitering koster litt mer enn kontrollgruppen (975 kroner), og at effekten er bedre (0,015). For en kommune med 100 potensielle brukere, vil det koste 97500 kr mer å innføre hverdagsrehabilitering. I gjennomsnitt er det slik at hverdagsrehabilitering koster mer, men medfører bedre helse. Dette uttrykkes ved ICER (kostnad per vunne QALY) på 65 000 kr (975/0,015), og indikerer at kostnaden per kvalitetsjusterte leveår er 65000 kr. For mer detaljer vedrørende resultater og variasjoner i brukersammensetningen, se vedlegg 5.

Analyser av effekter og kostnader separat, indikerer at differansen i QALYs er signifikant forskjellig, mens at kostnadene er like (Tabell 11). Kostnader relatert til sykehus, rehabilitering og sykehjem er like høye i begge grupper, det er derfor ikke indikasjoner på at behovet for mer ressurskrevende tjenester faller med hverdagsrehabilitering. Etter 26 uker er gjennomsnittlig kostnad per uke like høye for hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen. Ut fra de innsamlede data, er det ingen tendens til at kostnadene vil være ulike i de to gruppene. Basert på analyser av både kostnader og effekter i et seks måneders perspektiv, kan vi konkludere at hverdagsrehabilitering genererer minst like god helseeffekt til om lag samme kostnad. Desto mer vi verdsetter helseeffektene (QALYs), desto mer sannsynlig et det at hverdagsrehabilitering er det foretrukne alternativet. (Se resultater i vedlegg 5)

ØKNOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE

Når vi sammenstiller kostnad per QALY for hver deltaker i utvalget med kjennetegn ved kommunen, observerer vi liten samvariasjon. Kostnad per QALY samvarierer negativt med andelen årsverk i hjemmebaserte tjenester per deltaker over 67 år og over 80 år, mens kostnad per QALY samvarierer positivt med andelen i befolkning som er over 67 år og 80 år. Det betyr at det i kommuner med høy ressursbruk per deltaker, er kostnaden per QALY lavere enn i

TABELL 12: KOSTNAD PER DELTAKER (BASERT PÅ TOTALE KOSTNADER, LAVT ANSLAG), QALYS PER DELTAKER (BASERT PÅ ENDRING I EQ-5D) OG ICER. TALL BASERT PÅ BOOTSTRAP

Gruppe (1)	Kostnader (2)	QALYs (3)	Inkrementell kostnad[a] (4)	Vunne QALYs[e] (5)	ICER[o] (6)
Kontroll	51952	0,338			
Hverdagsrehabilitering	52927	0,353	975	0,015	65000

[a] (52927-51952)=975, [e](0,353-0,338 = 0,015, [o](975/0,015) =65000

kommuner med mindre ressursbruk. Kostnad per QALY samvarierer ikke med befolkning eller det totale kommunale budsjettet eller budsjettet til hjemmebaserte tjenester.

Når vi sammenstiller kostnad per QALY med hverdagsrehabiliteringsmodell (hjemmetjeneste-integrert modell, spesialistmodell eller rehabiliteringstjeneste-integrert modell), er det forskjeller i gjennomsnitt mellom modellene, men ingen av estimatene er signifikant forskjellig mellom gruppene.

KOSTNAD PER TJENESTE

Det var 17 av 36 kommuner som svarte på spørreskjemaet relatert til spørsmål knyttet til økonomiske faktorer og hverdagsrehabilitering (se vedlegg 7). Det betyr at dette bare er noen innspill, og at det kan være vanskelig å generalisere.

Ingen av kommunene fikk finansiert hele prosjektet via Helsedirektoratet eller andre eksterne kilder. På spørsmålet om hvordan de ekstra ressursene hadde blitt finansiert svarte tre av 13 at det ble bevilget ekstra fra kommunen, mens ni av 13 svarte at det ble omfordelt internt i helse- og omsorgsbudsjettet.

Som følge av at flere kommuner måtte omfordele ressurser, ønsket vi å få en vurdering av om oppstart av hverdagsrehabilitering kan ha gått på bekostning av andre grupper i kommunen.

Vi mottok flere typer svar fra kommunene, her er noen svar hvor man har vurdert konsekvensen for andre:

> «I liten grad, men 0,2 stilling ergoterapeut vart i ca seks måneder tatt av eksisterande ressursar, så dette gjekk ut over voksne/eldre i kommunen med behov for ergoterapi => lengre venteliste. Dette vart omgjort då ein såg at dette ikkje vart tilfredsstillande»

> «Ergo og fysioterapeutressurser er tatt fra kommunens rehabiliteringsenhet. I starten av prosjektet hadde vi 60 % vikar for både ergo og fysio - men det har vi ikke lenger og i praksis er vi omorganisert. Det er lang venteliste på "vanlig" ergoterapi og fysioterapi da vi ikke har fått ekstra ressurser for å drive med hverdagsrehabilitering.»

> «Vi har måtte avvente oppstart av flere forebyggende friskliv, læring og mestringstilbud på grunn av terapiressursene brukt i prosjektet»

Andre kommuner vurderte at det ikke var noen konsekvenser for andre, selv med omfordeling, dette ble rapportert slik:

> «Vi hadde overkapasitet, denne ble omdirigert til hverdagsrehabilitering»

> «Tror ingen har mottatt mindre tjenester enn tidligere. Det har primært blitt gitt hverdagsrehabilitering til nye søkere eller i forhold til nye behov, slik at ordinær drift i hjemmebaserte tjenester har gitt bistand i en kortere mer intensiv periode en tidligere, sammen med ergo/fysio, med klare mål for perioden.»

Videre spurte vi også om hvordan kommunen planlegger å finansiere driften av hverdagsrehabilitering når de eksterne prosjektmidlene er opphørt. Her er noen av svarene:

> «Det ligg inne to stillingar i budsjett for 2016 for vidareføring. …. Utover dette vil resterande ressursar bestå av omfordeling av ressursane i heimetenesten….»

> «….. Det vil nok ikke bli gitt tilbud i det omfanget som var under prosjektperioden. Selve forskningsdelen krevde også mye ressurser. Det var tilført noen kommunale midler til rehabiliteringsområdet både i prosjektperioden og nå i ettertid. 50 %

av kommunal fysioterapistilling var finansiert gjennom prosjektmidler og er nå kommunalt finansiert, mens ressurs knyttet til hverdagsrehabilteringsteam er redusert. Resten var omfordeling innen egne ressurser. Omfordeling av midler innen eget budsjett må også skje i 2016….»

«Kommunestyret har i budsjettmøte desember 2015, bevilget oppstartsmidler til fagtema med delstillinger tilsvarende tre 75% stillinger og en mindre pott for vikar/ekstraressurser for hjemmebasert omsorg. Helse- og omsorgsadministrasjonen jobber med å finne inntjening for å kunne opprette tre hele fagstillinger ved å knytte andre oppgaver og oppdrag til teamet, men saken er pr dato ikke ferdig behandlet….»

Ut fra innspillene fra kommunene, virker det som om det er variasjon mellom kommunene hvorvidt og hvordan innføring av hverdagsrehabilitering har hatt konsekvenser for andre brukergrupper. Noen kommuner rapporterte at hverdagsrehabilitering kan ha medført at noen brukergrupper har fått lengre ventetid. Hvorvidt dette har medført konsekvenser for brukeres helse eller hvor mange dette kan omfatte, er ikke vurdert i denne analysen.

2.5 MODELLER OG ORGANISERING I KOMMUNENE

I dette kapittelet viser vi resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse om modeller og organisering av hverdagsrehabilitering i kommunene. De 36 respondentene var kontaktpersoner som kommunene selv hadde oppgitt. De var fra kommuner som per oktober 2015 hadde startet opp med hverdagsrehabilitering.

Vi gjengir her deres svar på spørsmål om forankring og omtale av hverdagsrehabilitering, valg av målgrupper, informasjon til målgrupper, initiativtakere til tjenesten, søknadsbehandlingsprosesser, type tiltak, varighet av tiltak, intensitet, bruk av vurderingsredskap, valg av organisasjonsmodeller, yrkesgruppers involvering, samarbeid med kommuneinterne og eksterne enheter, opplæring, kompetanse, arbeidskultur, utilsiktede konsekvenser og faglig forvarlighet og overgang fra prosjekt til drift.

Først gir vi en oversikt over stillingstittelen til de 36 respondentene (Tabell 13).

Av de 36 enhetene som respondentene representerte er det som tidligere beskrevet 33 kommuner og tre bydeler i Oslo. For enkelhets skyld omtales de alle i dette kapittelet som «kommuner».

TABELL 13: RESPONDENTENES STIILINGSTITTEL

	Antall
Prosjektleder/teamleder hverdagsrehabilitering	17
Ergoterapeut	8
Fysioterapeut	4
Kommunalsjef/helse- og omsorgssjef	3
Avdelingsleder/enhetsleder	2
Konsulent/rådgiver	2
Totalt	36

FORANKRING OG OMTALE AV HVERDAGSREHABILITERING

Vi stilte innledningsvis spørsmål om på hvilket nivå kommunene hadde forankret beslutningen om å starte med hverdagsrehabilitering, hvor de innplasserer tilbudet i sin organisasjon og om hvilke begrep og uttrykk de benytter når de omtaler tilbudet.

Oppstart og forankring av hverdagsrehabilitering i kommunene

En av kommunene hadde startet en opp med hverdagsrehabilitering i 2011, en i 2012, elleve i 2013 og 22 i 2014. Per oktober 2015 hadde 23 startet opp i hele kommunen mens tolv kun hadde startet opp i deler av kommunen.

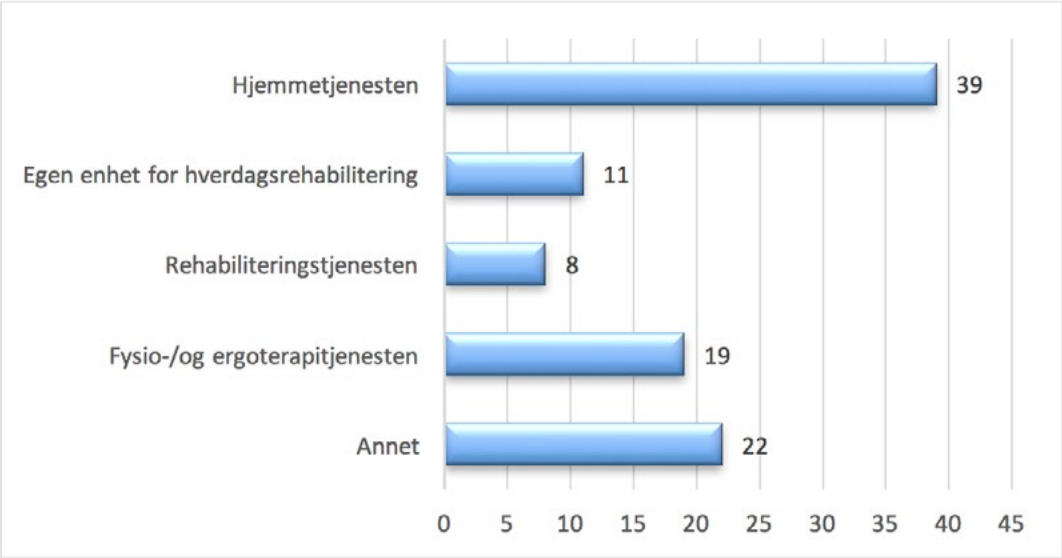
De fleste kommunene (66 %) forankret beslutningen om oppstart gjennom et politisk vedtak mens 34 % kun hadde et administrativt vedtak. Av kommunene som kun hadde administrativ forankring hadde 58 % forankret tilbudet på rådmannsnivå og 42 % på fagnivå. Oppstart av tilbudet synes dermed å være godt forankret i kommunene.

Når det gjelder organisatorisk plassering i kommunenes helse- og omsorgstjeneste ser vi fra Figur 4 at kommunene har valgt noe ulik innplassering. Plassering i hjemmetjenesten er vanligst, mens 19 % har plassert tilbudet i fysio- og ergoterapitjenesten, 8 % i rehabiliteringstjenesten og 11 % oppga plassering under en egen enhet for hverdagsrehabilitering. Under alternativet «annet» finner vi flere ulike plasseringer: sentralt i helse- og omsorgsavdelingen, tildelingskontoret, helseenhet, enhet for forebygging, frivillighet og folkehelse og kombinert mellom flere enheter.

BEGREPSBRUK

Av de 36 kommunene brukte 33 uttrykket «hverdagsrehabilitering» for tilbudet. Tre kommuner brukte ikke denne betegnelsen men uttrykkene «hverdagsmestring», «hjemmerehabilitering» og «innsatsteam».

Flere kommuner oppga at de kaller tilbudet for hverdagsmestring i tillegg til hverdagsrehabilitering. Noen nevnte at de skiller mellom hverdagsrehabilitering som et spesifikt rehabiliteringstilbud og hverdagsmestring som et tankesett som skal prege alle helse- og omsorgstjenester. En kommune skrev at de finner uttrykket hverdagsmestring bedre fordi de mener det er mer dekkende enn rehabiliteringsuttrykket for noen målgrupper, for



FIGUR 4: TILBUDETS ORGANISASJONSMESSIG FORANKRING I KOMMUNEN. PROSENTER. N=35

eksempel for personer innen psykiatritjenesten og habiliteringstjenesten. Respondenten mente at mestringsbegrepet kommuniserer bedre enn rehabiliteringsbegrepet for ansatte i disse virksomhetene.

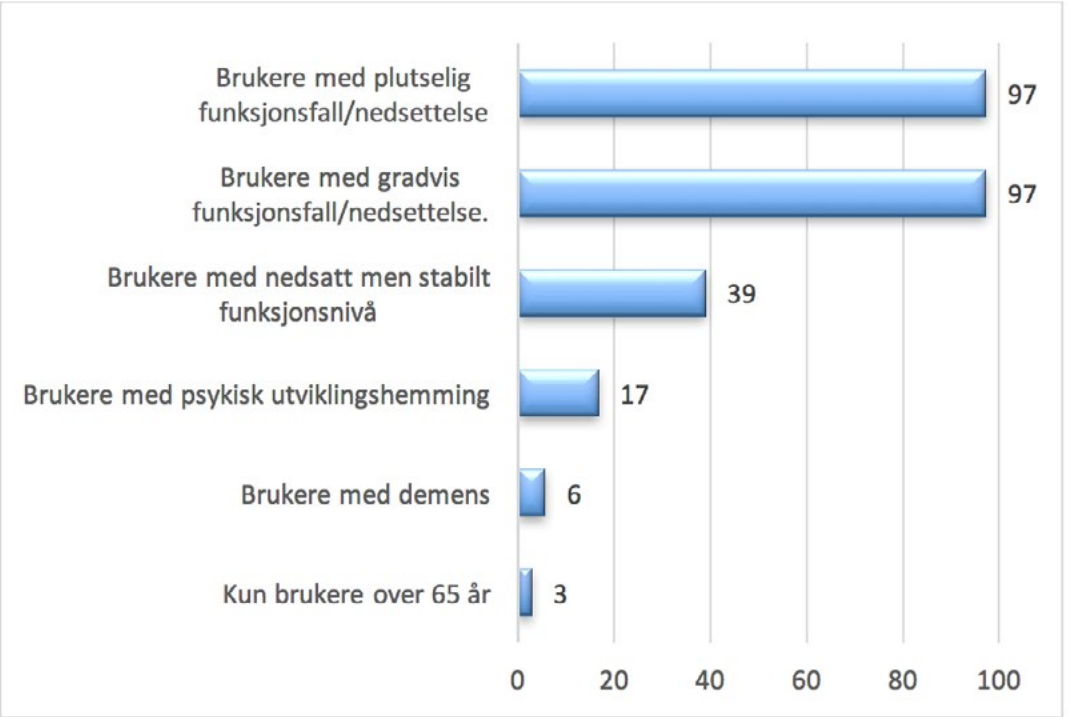
MÅLGRUPPER OG INFORMASJONEN TIL MÅLGRUPPENE

MÅLGRUPPER

Av Figur 5 ser vi at hovedmålgruppene for hverdagsrehabilitering er deltakere med plutselig og gradvis funksjonsfall. Nesten fire av ti kommuner inkluderte også deltakere med nedsatt men stabilt funksjonsnivå. Det er få kommuner som ga tilbudet til personer med psykisk utviklingshemming og personer med demens. Som nevnt var de kommunene som kun prøvde ut tilbudet til personer med utviklingshemming ikke inkludert i spørreundersøkelsen. Det fremgår av figuren at alder ikke var et inklusjons- eller eksklusjonskriterium for de aller fleste kommunene. En kommune ga tilbudet kun til eldre personer.

Vi ba kontaktpersonene i kommunene utfylle mer om målgruppene med egne ord. Deres svar tyder på en større heterogenitet enn det som fremgår av Figur 5. Dessuten ble andre målgrupper trukket frem, og egenskaper ved målgruppene. Følgende momenter ble angitt:

- *Personer som er motiverte*: Det er ikke tilstrekkelig at deltakerne av tilbudet har hatt et funksjonsfall. Flere trakk frem at de må være motiverte for trening, økt mestring og det å bli mer selvhjulpen. Motivasjonsgrad er et vesentlig kriterium som vurderes særskilt. Det ble angitt av noen at det kan det være pårørende som presser på for å få tilbudet, og at deltakers egen motivasjon



FIGUR 5: MÅLGRUPPER FOR HVERDAGSREHABILITERING. PROSENTER. N=36

da blir særlig viktig å vurdere. Det ble også trukket frem at noen deltakere kan være lite motiverte i utgangspunktet, men at dette kan komme etter hvert. Videre ble det å stimulere og støtte deltakers motivasjon fremhevet som en viktig oppgave for de ansatte.

- *Personer med rehabiliteringspotensiale:* Nært knyttet til betydningen av motivasjon ble vurderingen av deltakers rehabiliteringspotensiale og nytte av tilbudet trukket frem.
- *Personer som står i fare for å få funksjonsfall:* Noen trakk frem at målgruppen ikke bare er dem som har hatt et funksjonsfall, men også dem som er i risikogruppen for dette og som står i fare for å få et funksjonsfall. Disse kan «oppdages» i forbindelse med at de søker om et hjelpemiddel eller om å få bistand til for eksempel dusj.
- Noen kommuner nevnte i tillegg:
  - Personer som søker om å få hjemmetjenester.
  - Personer med få vedtakstimer av hjemmebaserte tjenester.
  - Personer som søker om flere vedtakstimer av hjemmebaserte tjenester.
  - Personer som har fysio- og ergoterapitjenester.
  - Personer som søker om fysio- og ergoterapitjenester.
  - Personer som søker om hjelpemidler.
  - Personer som har hatt sykehusinnleggelse og som trenger oppfølging fra kommunen.
  - Personer som har hatt korttidsopphold eller rehabilitering på sykehjem eller annen institusjon.
  - Personer med begynnende demenssykdom.
  - Personer fra rus- og psykiatritjenesten, og personer som krever mer spesialisert rehabilitering etter hjerneslag og andre nevrologiske lidelser, KOLS og revmatiske lidelser.

Noen kommuner trakk frem at nye søkere *alltid* vurderes for hverdagsrehabilitering før de eventuelt blir innvilget hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, mens andre målretter tilbudet til kun dem som spesifikt søker om hverdagsrehabilitering.

Det ble ikke spesielt spurt særskilt om eksklusjonskriterier, men noen trakk likevel frem bestemte grupper som dette tilbudet *ikke* retter seg mot:

- Personer som er i *terminalfase*.
- Personer med *rus- og psykiatriutfordringer* som vanskeliggjør deltakelse. Noen trakk frem at dette grunner seg i manglende kompetanse og ressurser i kommunen, og at disse gjerne vil måtte ha lange rehabiliteringsperioder.
- Personer med funksjonssvikt som følge av *progredierende sykdom*, som for eksempel kreftsykdom, Parkinson og multippel sklerose.
- Personer med langt *fremskreven demens*. En kommune trakk frem at personer med demens ikke er i målgruppen, men at det noe ganger ble gjort unntak og de også hadde hatt god erfaring med å gi tilbudet til personer med demens. Noen trakk frem at et eksklusjonskriterium er kognitiv svikt som fører til manglende sykdomsinnsikt som kan vanskeliggjøre det å ta imot instrukser.

- Personer med *svært lavt funksjonsnivå* og omfattende bistandsbehov over lang tid.

INFORMASJON TIL MÅLGRUPPER

Det ble i forlengelse av dette stilt et åpent spørsmål om hvordan kommunene informerer om tilbudet til målgruppene. Mange kommuner har utarbeidet egne *brosjyrer og annet skriftlig informasjonsmateriell* om tilbudet. Disse plasseres gjerne på legekontorer, kommunale bygg og i lag og organisasjoner. I tillegg informeres det på kommunens nettside, kommunale informasjonsskjermer og i søknadsskjema for kommunale tjenester. Noen nevnte at lokalavisen har skrevet artikler om hverdagsrehabilitering.

Flere kommuner oppga at de har informert om tilbudet til eller via:

- Samarbeidende etater og avdelinger som vedtakskontoret/forvaltningsenheten, hjemmetjenesten, korttidsavdelinger på sykehjem, fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen, allmennlegetjenesten, fysioterapiinstitutter, sykehus, lærings- og mestringssentre, hjelpemiddelsentral og rehabiliteringsinstitusjoner.
- Det lokale politiske miljøet.
- Eldreråd, pensjonistforeninger, rådet for funksjonshemmede og andre lag og organisasjoner.
- Folkemøter.
- Film.

Informasjonsvirksomheten foregår noen ganger via møter og arrangementer, andre ganger gjennom brosjyrer og annet skriftlig materiell. Noen trakk frem at de har begrenset informasjonsvirksomheten i påvente av at tilbudet skal bli permanent.

INITIATIVTAKERE, VURDERINGER OG SØKNADSPROSESSER

Vi viser her hvem som vanligvis tar initiativet til hverdagsrehabilitering, hvem som behandler søknadene og hvordan vedtakene blir formalisert.

HVEM TAR INITIATIVET?

Det er sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtakskontor som oftest tar initiativ til hverdagsrehabilitering (42 %). Vi har ikke tall på hvor mange av kommunene som har et slikt kontor. Like fullt var det denne enheten som flest trakk frem. Dernest ble fysio- og ergoterapitjenesten (28 %) og hjemmetjenesten (19 %) trukket frem. I en av kommunene er det sykehuset som oftest tar initiativ, i en annen er det fastlegene og i en tredje er det deltakeren selv.

PÅ HVILKEN MÅTE BLIR BEHOVET FOR HVERDAGSREHABILITERING VURDERT?

34 av de 36 kommunene svarte at behovet for hverdagsrehabilitering blir vurdert gjennom en tverrfaglig utredning og vurdering mens de to resterende kommunene svarte at utredningen og vurderingen blir gjort monofaglig (av en yrkesgruppe).

HVILKEN INSTANS I KOMMUNEN BEHANDLER OG INNVILGER SØKNADENE OM HVERDAGSREHABILITERING OG HVORDAN BLIR INNVILGELSEN FORMALISERT?

I de fleste kommunene (61 %) var det sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtakskontor som behandlet og innvilget de individuelle søknadene. I 27 % av kommunene var det derimot hverdagsrehabiliteringstjenesten selv som gjorde dette, mens 6 % oppgav at dette utføres av hjemmetjenestene.

Etter at søknaden er innvilget fattes det et formelt vedtak om igangsetting

hverdagsrehabilitering i de fleste kommunene (83 %). Seks av kommunene oppga imidlertid at de igangsetter tilbudet uten at det fattes formelt vedtak.

REHABILITERINGSTILTAKENE

I dette delen viser vi hvilke tiltak som er vanligst i hverdagsrehabiliteringen, samt gir en oversikt over rehabiliteringens varighet, hyppighet, tidspunkt og fordeling på ukedager, og om det foretas oppfølgingsbesøk etter endt rehabiliteringsperiode.

HVILKE REHABILITERINGSTILTAK ER VANLIGST?

Innvilgning om hverdagsrehabilitering resulterer gjerne i ulike typer rehabiliteringstiltak fra kommunens side, bestemt på bakgrunn av deltakernes mål. Vi spurte kommunene om hvilke hovedtiltak som var vanligst blant følgende:

- Trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen.
- Trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen.
- Generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet.
- Tilrettelegging av bolig/nærmiljø med tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi
- Annet tiltak

Kommunene kunne oppgi at to tiltak var like vanlige dersom det var aktuelt (Tabell 14).

Tabellen viser at «Trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen» var det klart vanligste hovedtiltaket. 64 % av kommunene rangerte dette som det vanligste tiltaket og 22 % som det nest vanligste. Også «Generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet er utbredt. «Trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen» er mindre vanlig, men like fullt ikke uvanlig.

«Tilrettelegging av bolig/nærmiljø med tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi er mindre vanlig, men heller ikke dette er helt uvanlig ettersom 36 % anførte det som nest vanligst og 21 % som tredje vanligst. Av «andre tiltak» ble hjelp til søknadsbehandling,

TABELL 14: HOVEDTILTAKENE I HVERDAGSREHABILITERING. RANGERT ETTER VANLIGHET. PROSENTER. N= 36

	Vanligste tiltak	Nest vanligste tiltak	Tredje vanligste tiltak	Fjerde vanligste tiltak	Femte vanligste tiltak
Trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen	64	22	6	6	3
Trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen	12	21	36	30	0
Generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet	37	37	23	3	0
Tilrettelegging av bolig/ nærmiljø med tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi	0	36	21	39	3
Annet tiltak	14	0	14	0	71

arbeid med viderehenvisninger, psykososiale tiltak og gruppe- og nettverksarbeid beskrevet. Grunnen til at noen av kolonnene kan summeres opp til over 100 er at det var mulig å rangere to tiltak likt.

VARIGHET OG INTENSITET

HVOR LANG ER VANLIGVIS REHABILITERINGSPERIODEN?

Av de 36 kommunene oppga i overkant av halvparten (56 %) at de opererte med en standard varighet på rehabiliteringslengden uavhengig av deltakernes behov. De resterende (44 %) hadde ikke en slik standard varighet (Tabell 15).

Rehabiliteringsperiodene varer fra 3-12 uker. Det skiller dermed ni uker fra kommunene som har kortest til lengst vanlig varighet. Flest kommuner opererer med fire ukers perioder, men også seks og ti uker er forholdsvis vanlig. Gjennomsnittstiden er 5,7 uker med et standardavvik på 2,3.

TABELL 15: VARIGHET AV REHABILITERINGSPERIODENE I UKER. PROSENTER AV KOMMUNER OG ANTALL KOMMUNER. N=36

	Antall uker	Prosenter	N
	3	6	2
	4	42	15
	5	6	2
	6	25	9
	7	6	2
	8	3	1
	10	11	4
	12	3	1
Total		100	36

I et etterfølgende spørsmål fikk kommunene anledning til å skrive inn kommentarer til dette med varighet av hverdagsrehabiliteringsperioden. Noen kommuner, særlig dem som oppga de lengste periodene, forklarte at de ga vedtak om «inntil» for eksempel tolv uker og ikke tolv uker som standard lengde. Andre kommenterte at selv om de i utgangspunktet har en standard lengde så gjøres det individuelle evalueringer underveis, for eksempel i forhold til funksjon og måloppnåelse. Dette kan gå i begge veier, til forkortelse dersom målene er oppnådd før, og til forlengelse dersom deltakeren trenger mer tid.

En av respondentene skrev at de har gjort seg den erfaring at deres faste varighet var for kort når deltakeren har hatt et gradvis funksjonsfall men at den for de fleste fungerte bra. En annen skrev at «de fleste deltakere kommer i mål i løpet av fire uker, men i og med at det skal være et skreddersydd tilbud hender det at de får forlenget perioden med noen uker for å oppnå sine mål».

Andre former for «skreddersøm» illustreres med disse kommentarene:

> «Noen har blitt avsluttet før fordi det ikke har vært riktig tjeneste, mens andre har fått forlenget perioden på grunn av uforutsett sykdom eller ferie/fridager som har kommet inn i deres uker. Vi har valgt å holde oss til fire uker og heller innvilge hverdagsrehabilitering på nytt ved behov».

> «Alle som får tilbud om hverdagsrehabilitering innvilges minimum tre uker. Dette fordi vi ønsker å kunne avslutte og overføre til annen type tjeneste hvis behovet endrer seg, eller viste seg å være et annet. Vi har derfor svært få deltakere som kun har fått tre uker, de fleste har fått forlenget perioden».

> «Varigheten er helt individuell. De

fleste er ferdige innen 6-8 uker, men dersom vi opplever at det er oppnådd resultater, men at det er fare for tilbakefall, så bruker vi litt lenger tid på deltakeren. Noen ganger fortsetter fysioterapitiltak over lengre tid. Da ansees rehabiliteringsinnsatsen som avsluttet, og deltakeren overføres til fysioterapi. Vår psykiatriske sykepleier har også noen ganger samtaler videre. Siden hun er tilknyttet rehabilitering og ikke psykiatri, blir det fremdeles dokumentert i rehabilitering, selv om den felles innsatsen er avsluttet».

«Etter 2015, hvor også de med psykiatrisk diagnose er med, ser vi at for disse kan vedtakene ofte bli lengre».

GIS DET OPPFØLGINGSBESØK ETTER AVSLUTTET HVERDAGSREHABILITERINGSPERIODE?

Det fleste kommunene (64 %) gir alltid et eller flere oppfølgingsbesøk etter endt rehabiliteringsperiode, for eksempel etter en, tre eller seks måneder. 25 % oppgir at slike besøk kun gis ved behov, mens 11 % aldri gir slike oppfølgingsbesøk.

GIS DET GJENTAGENDE PERIODER MED HVERDAGSREHABILITERING FOR SAMME BRUKER?

De fleste kommunene (69 %) oppga at de gir gjentagende perioder med hverdagsrehabilitering for samme deltaker, mens 31 % ikke gir dette.

HVOR OFTE TILBYS VANLIGVIS HVERDAGSREHABILITERING UKENTLIG FOR HVER BRUKER (INTENSITET)?

For å finne ut hvor intensiv rehabiliteringen vanligvis er stilte vi spørsmål om hvor ofte hverdagsrehabilitering på hverdager (mandag-fredag) vanligvis tilbys (Tabell 16).

Det vanligste er å tilby hverdagsrehabilitering daglig. Av de 29 kommunene som hadde krysset av for daglig oppga 17 at dette var den vanligste hyppigheten og 10 oppga det som nest eller tredje vanligst. 3-4 dager per uke er nest vanligste frekvens, dernest to ganger per dag. Spredningen i intensitet er forholdsvis stor. Mens en kommune har vanligste

TABELL 16: HYPPIGHET AV HVERDAGSREHABILITERING PR. UKE PR. BRUKER. PROSENTER OG ANTALL SVAR (N)

	Mer enn to ganger pr. dag (N)	To ganger pr. dag (N)	Daglig (N)	3-4 ganger pr. uke (N)	1-2 ganger pr. uke (N)	Sjeldnere enn en gang pr. uke (N)	Totalt (N)
Vanligst	3 (1)	8 (3)	48 (17)	33 (12)	6 (2)	0 (0)	(35)
Nest vanligst	8 (3)	17 (6)	17 (6)	31 (11)	11 (4)	0 (0)	(30)
Tredje vanligst	11 (4)	19 (7)	11 (4)	17 (6)	22 (8)	0 (0)	(29)
Fjerde vanligst	11 (4)	17 (6)	3 (1)	8 (3)	11 (4)	3 (1)	(19)
Femte vanligst	8 (3)	3 (1)	3 (1)	0 (0)	8 (3)	11 (4)	(12)
Sjette vanligst	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (5)	(5)
Totalt	**42 (15)**	**64 (23)**	**80 (29)**	**89 (32)**	**58 (21)**	**28 (10)**	

hyppighet på «mer enn to ganger per uke» har to kommuner oppgitt dette til å være «1-2 ganger pr. uke».

Vi spurte dernest om det gis det tilbud om hverdagsrehabilitering også på kveld og i helg. Sju kommuner (19 %) gir tilbudet både på kveld og helg i tillegg til hverdagene. Tre gir det kun på kveld i tillegg til hverdager og en gir det kun i helg i tillegg til hverdager. Det er dermed 11 av de 36 kommunene som gir tilbud på kveld og/eller helg i tillegg til dagtid på hverdager.

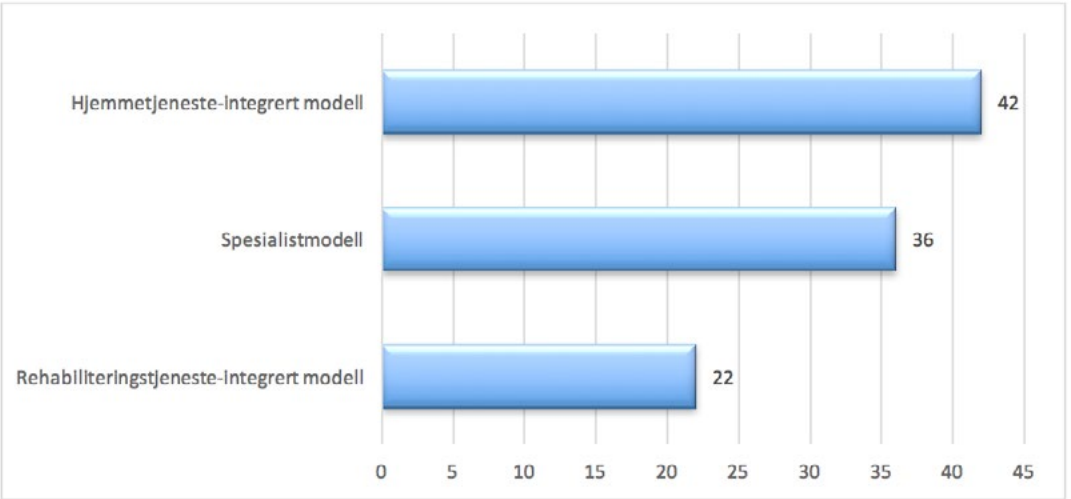
ORGANISASJONSMODELLER

Vi stilte spørsmål om hvilke av følgende tre organiseringsmodeller for hverdagsrehabilitering som ligger nærmest opp til den enkelte kommunes modell:

1. Tverrfaglig tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten i samarbeid med rehabiliteringstjenesten (hjemmetjeneste-integrert modell).
2. Tverrfaglig tjeneste organisert som en egen spesialisert enhet ved siden av hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten, og med selvstendig ansvar for hele rehabiliteringsprosessen (spesialistmodell).
3. Tverrfaglig tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten i samarbeid med hjemmetjenesten (rehabiliteringstjeneste-integrert modell).

Det er stor ulikhet i kommunenes valg av organisasjonsmodell når det gjelder tilbudets hovedforankring. Alle de tre hovedmodellene er vanlige (se Figur 6). Vanligst er det at tilbudet utgår fra hjemmetjenesten (42 %), men organisering som egen spesialisert enhet er også utbredt (36 %). I underkant av ¼ del av kommunene har valgt en organisering som utgår fra rehabiliteringstjenesten.

Pearsons kji-kvadrat-test ble utført for å teste om det er signifikant sammenheng mellom de tre organisasjonsmodellene og henholdsvis rehabiliteringens vanlige varighet i uker (jamfør Tabell 15), vanlige hyppighet



FIGUR 6: ORGANISASJONSMODELL FOR HVERDAGSREHABILITERING. PROSENTER. N=36

per uke (jamfør Tabell 16), vanligste type hovedtiltak (jamfør tabell 15) og antall yrkesgrupper som er involvert i den praktiske hverdagsrehabilitering hjemme hos deltaker (jamfør figur 10).

Testene viste ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom modellene og variablene varighet, intensitet og type hovedtiltak. Det var derimot signifikant sammenheng mellom valg av modell og antall yrkesgrupper involvert i den praktiske hverdagsrehabiliteringen (p=0,031). Det var flere yrkesgrupper involvert i kommunene som hadde en hjemmetjeneste-integrert modell enn i kommuner med spesialist- og rehabiliteringstjenesteintegrerte modeller.

Vi spurte om respondentene hadde utdypende kommentarer og begrunnelser for valget av sin organisasjonsmodell. 34 kommuner skrev inn slike kommentarer. Vi har delt disse kommentarene i forhold til de tre hovedmodellene.

HJEMMETJENESTE-INTEGRERT MODELL:

I denne modellen foregår all samhandling om deltakerne av hverdagsrehabilitering ute i hjemmetjenestesonen. Hjemmetjenestesonen består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp og i noen kommuner også av den hjemmebaserte fysio- og ergoterapitjenesten.Tilbudet etableres som en del av hjemmetjenesten som tilføres tverrfaglig rehabiliteringskompetanse. Noen kommuner omtaler de ansatte med slik kompetanse for «motorteam» og de består vanligvis av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, eller kun to av disse profesjonene. De skal lede og veilede rehabiliteringsarbeidet i hjemmetjenesten. Det er de som kartlegger, utarbeider rehabiliteringsplan sammen med deltaker og starter opp tiltakene sammen med en eller flere ansatte fra hjemmetjenesten (av noen omtalt som hjemmetrenere). Ansatte i hjemmetjenesten utfører trening med deltaker på bakgrunn av rehabiliteringsplanen og deltakerens målsetting. Fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier veileder hjemmetrenerne og foretar målinger av deltakerens utvikling underveis og ved avslutning av rehabiliteringsperioden. Noen kommuner har flyttet ressurser fra ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmetjenesten, mens andre har opprettet nye stillinger under hjemmebasert omsorg. Det legges sterk vekt på å integrere tilbudet på ledernivå og organisatorisk i hjemmetjenesten.

Hovedbegrunnelsen for denne organiseringen er å få hverdagsrehabiliteringen godt integrert som en naturlig del av hjemmetjenesten. Det vil spre og forankre arbeidsmetoden og tankesettet i arbeidskulturen i hjemmetjenestene. Flere av respondentene ga uttrykk for at det er nødvendig med en dreiing av måten å yte omsorg i denne tjenesten. De ønsker å flytte fokus fra «å gjøre for» til «å gjøre sammen med», med sterkere vekt på «egenmestring, selvstendighet, verdighet og brukers ansvar for eget liv», som en formulerte det.

Flere kommuner begrunnet modellen med at de har en grisgrendt befolkning med lange avstander mellom bygdene. Brukeroppfølging må skje fra den lokale hjemmetjenestebasen dersom tiltak skal følges opp daglig og tett i deltakerens hjem, noe annet mente de vil kreve uforholdsmessige store ressurser til transport av fagfolk frem og tilbake og være både urealistisk og urasjonelt.

Noen kommuner understrekte at de hadde begrensede økonomiske muligheter til å frikjøpe egne hjemmetrenere eller at det lett ville blitt for få aktuelle deltakere hvis ikke tjenesten var tett integrert i den ordinære hjemmetjenesten. Et annet argument for denne modellen var at man mente den sikrer bedre overgang og oppfølging fra hverdagsrehabilitering til ordinære hjemmetjenester når det er aktuelt fordi deltakeren er kjent, gjerne både før, under og etter rehabiliteringsperioden.

SPESIALISTMODELL

I denne modellen er tilbudet organisert som en egen tverrfaglig spesialisert enhet ved siden av hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten. Enheten har selvstendig ansvar for hele rehabiliteringsprosessen. I en rendyrket spesialistmodell er det ikke uvanlig at spesialteamet overtar «hele» deltakeren uten at de ordinære hjemmetjenestene eller andre enheter er involvert parallelt. Ansatte i spesialistteamet er enten ansatt kun i teamet på heltid eller i delt stilling mellom teamet og ergo- og fysioterapitjenesten eller hjemmetjenesten.

Noen av disse kommunene ga uttrykk for at dette for dem var en naturlig organisering, i hvert fall i en startfase fordi de da kunne de kanalisere opplæringsressursene til få antall ansatte som kunne bli «skikkelig gode» på hverdagsrehabilitering. De anså det som mer krevende å velge en hjemmetjeneste-integrert modell som ville måtte involvere langt flere.

Noen mente at en slik sentralt plassert spesialistmodell lettere gir et likt og enhetlig tilbud på tvers av kommunens ulike soner og at rehabiliteringsteam integrert i hver sone ville være for krevende organisatorisk og økonomisk.

Begrunnelser for denne modellen er videre knyttet til en frykt for at tilbudet ville blitt nedprioritert dersom det hadde vært organisert under en annen tjeneste, særlig hjemmetjenesten. Disse kommunene mente at det er lettere å skjerme tilbudet med en slik organisering. De mente at de ansattes tid i en integrert modell lettere ville bli «spist opp» av de ordinære hjemmetjenestenes arbeidspress i travle hverdager og ved knapphet på ressurser.

At disse kommunene forsvarte spesialistmodellen betyr ikke at de ikke ser betydningen av samarbeid med hjemmetjenestene. Noen av dem ønsker å etablere «hybridmodeller» med ansatte hjemmetrenere fra hjemmetjenesten i tillegg til det etablerte spesialistteamet. Andre har opprettet egne kontaktpersoner i hjemmetjenestesonene, for eksempel omtalt som «mestringskontakter», og gitt dem opplæring slik at de skal fungere som bindeledd, «agenter» og «døråpnere» for mestrings- og rehabiliteringstekningen i sonene.

Flere av kommunene med spesialistmodellen uttrykte at de har som ambisjon å integrere tilbudet under hjemmetjenestene, eller at de vil vurdere dette i fremtiden. En hovedbegrunnelse for dette var ønsket om å integrere rehabiliteringstenkningen sterkere i hjemmetjenestene. En annen begrunnelse var at spesialistteamet kunne bli lite og sårbart, for eksempel ved sykdom og permisjoner.

En kommune hadde prøvd en hjemmetjeneste-integrert modell først, men hadde gått bort fra det fordi det ble for krevende å integrere rehabiliteringstankegangen der. De erfarte at det lett ble parallelle tjenester ved at noen stimulerte til trening mens andre overtok oppgavene.

REHABILITERINGSTJENESTE-INTEGRERT MODELL

Her utgår tilbudet fra rehabiliteringstjenesten eller fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen. Teamet følger opp deltakerne enten selvstendig eller i samarbeid med hjemmetjenestene.

Det er lignende begrunnelser for denne modellen som for spesialistmodellen. Organiseringen ble ofte begrunnet i at hjemmetjenesten har et så stort arbeidspress at det ble ansett som vanskelig å holde et rehabiliteringsfokus der. Det vil alltid være andre oppgaver som haster mer og det vil være vanskelig å si nei, dersom man blir spurt om å hjelpe til med ordinære hjemmetjenesteoppgaver.

Noen team trakk frem at det kunne være utfordrende når man har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen uten samarbeid med hjemmetjenesten, for eksempel i forhold til daglig trening på morgenstell. En kommune trakk frem at ressursutfordringene ville vært enda større dersom man hadde etablert en

egen spesialisert enhet. Nå har de flere å spille på i rehabiliteringstjenesten. Dessuten har de noe samarbeid med hjemmetjenesten ved at de har etablert «mestringsagenter» der med ekstra opplæring og ansvar. En annen forklaring på denne plasseringen og modellen var at det var rehabiliteringstjenesten som opprinnelig tok initiativ til å starte opp med hverdagsrehabiliteringen og som søkte prosjektmidler.

TVERRFAGLIGHET

HVILKE YRKESGRUPPER BIDRAR I DEN PRAKTISKE HVERDAGSREHABILITERINGEN/ TRENINGEN HJEMME HOS DELTAKEREN?

Kommunene ble spurt om hvilke yrkesgrupper som bidrar i den praktiske hverdagsrehabiliteringen/treningen hjemme hos deltakeren. De skulle rangere yrkesgruppene fra 1-9 og ble bedt om å skrive 1 foran den yrkesgruppen som bidrar oftest, 2 foran den som bidrar nest oftest og så videre (Tabell 17).

Det er helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider som oftest tar del i rehabiliteringen hjemme hos deltakerne, dernest etterfulgt av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier.

Figur 7 viser hvilke yrkesgrupper som bidrar i hjemmet og hvem som bidrar oftest. Det betyr ikke at alle disse yrkesgruppene bidrar i enhver kommune. Figuren viser variasjonen i hvor mange yrkesgrupper som er involvert kommunene.

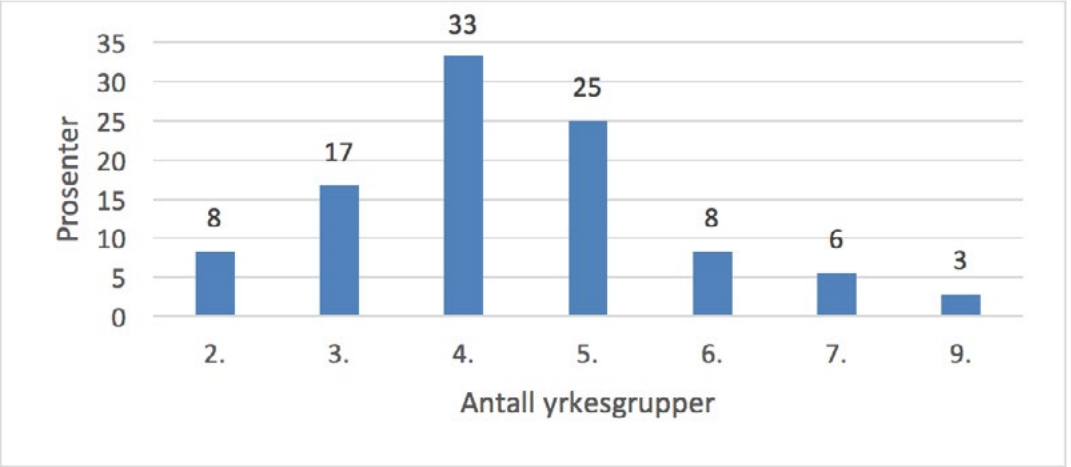
Antall involverte yrkesgrupper i den praktiske hverdagsrehabiliteringen/treningen hjemme hos deltakeren varierer fra to til ni. Det vanligste er at fire ulike yrkesgrupper bidrar.

HVILKE YRKESGRUPPER BIDRAR I ORGANISERINGEN OG UTARBEIDELSEN AV TRENINGSOPPLEGGET?

Kommunene ble spurt om hvilke yrkesgrupper som bidrar i selve organiseringen og utarbeidelsen av treningsopplegget (Tabell 18). De skulle rangere yrkesgruppene og ble bedt om

TABELL 17: YRKESGRUPPENES DELAKTIGHET I DEN PRAKTISKE HVERDAGSREHABILITERINGEN/ TRENINGEN HJEMME HOS DELTAKEREN. GJENNOMSNITT, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider	2.0	1.4	31
Fysioterapeut	2.6	1.1	31
Ergoterapeut	2.8	1.2	32
Sykepleier	3.0	1.1	34
Hjemmehjelper/assistenter	3.2	1.9	18
Vernepleier	4.0	1.0	5
Student/elev/lærling	6.0	1.2	8
Sosionom	6.5	0.7	2
Andre	7.5	2.1	3



FIGUR 7: ANTALL YRKESGRUPPER SOM ER INVOLVERT I DEN PRAKTISKE HVERDAGSREHABILITERINGEN/ TRENINGEN HJEMME HOS DELTAKEREN I KOMMUNENE. PROSENTER OG ANTALL YRKESGRUPPER. N=36 KOMMUNER

å skrive 1 foran den yrkesgruppen som bidrar oftest, 2 foran den som bidrar nest oftest og så videre.

Det fremgår av tabellen at det er fysioterapeutene som oftest bidrar i organiseringen og utarbeidelsen av treningsopplegget, dernest ergoterapeuter og sykepleiere.

OPPLÆRING OG PERSONLIGE EGENSKAPER

Hvilken type opplæring/kursing har personalet som arbeider med hverdagsrehabilitering fått, og av hvilken varighet?

Det foreligger her kommentarer fra alle de 36 kommunene. Punktene under oppsummerer svarene:

- De fleste kommunene har arrangert egne kursdager internt. Eksempler på tema for kursdagene har vært opplæring i hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, motiverende intervju og i vurderingsredskaper som COPM og SPPB.
- Noen kommuner har sendt medarbeidere på eksterne kurs og konferanser i tema som

TABELL 18: YRKESGRUPPER SOM BIDRAR I ORGANISERINGEN OG UTARBEIDELSEN AV TRENINGSOPPLEGGET. GJENNOMSNITT, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Fysioterapeut	1.4	0.75	31
Ergoterapeut	2.1	0.86	31
Sykepleier	2.8	0.88	30
Vernepleier	3.3	1.53	3
Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider	3.4	0.86	18

hverdagsrehabilitering og COPM.

- Andre arbeidsmetoder som er benyttet er intern eller ekstern hospitering, veiledning og lesning av faglitteratur.
- Noen kommuner har gitt opplæring til store personalgrupper, mens andre kun har gitt opplæring til ansatte som er direkte involvert i hverdagsrehabilitering. For begge gruppene var det stor variasjon i hvilken opplæring som er gitt og i opplæringens omfang og varighet.

HVILKE FAGLIGE OG PERSONLIGE EGENSKAPER MENER RESPONDENTENE DET ER SÆRLIG VIKTIG Å HA FOR PERSONALET I HVERDAGSREHABILITERING?

Det foreligger kommentarer fra alle de 36 kommunene. Punktene under oppsummerer svarene:

Faglige egenskaper

- Høy faglig kompetanse som ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.
- God forståelse for rehabilitering.
- God kartleggingskompetanse.

Personlige egenskaper

- Gode kommunikasjonsevner med deltakere og kollegaer.
- Evne til å samarbeide med kollegaer og leder.
- Evne til å motivere deltakere og kollegaer.
- Evne til å se løsninger, være kreativ, fleksibel, tålmodig og engasjert.
- Evne til å koordinere og veilede.

SAMARBEIDSRELASJONER TIL ANDRE ENHETER I OG UTENFOR KOMMUNEN

Vi stilte spørsmål om hvordan respondentene i kommunene vurderte samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringstjenesten og andre enheter i og utenfor kommunen. De ble bedt om å svare på en skala fra 1-5, der 1= svært dårlig og 5= svært godt.

Tabell 19 viser et klart mønster: det kommuneinterne samarbeidet ble vurdert som meget godt. Dette er avdelinger som er i hyppig samhandling med rehabiliteringsteamene. Samarbeidsrelasjonen til

TABELL 19: VURDERINGER AV SAMARBEIDSRELASJONENE TIL ANDRE ENHETER I OG UTENFOR KOMMUNEN. GJENNOMSNITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennomsnitt	Variasjonsbredde	Standardavvik	N
Bestiller/forvaltnings/ tjeneste/vedtakskontor	4.1	3	0.95	33
Den ordinære hjemmetjenesten	4.1	2	0.81	36
Den ordinære rehabiliteringstjenesten	4.0	3	0.83	34
Koordinerende enhet	3.9	3	1.24	16
Den ordinære habiliteringstjenesten	3.0	3	1.16	10
Spesialisthelsetjenesten	2.8	4	0.88	31
Fastlegene	2.7	4	0.92	31

spesialisthelsetjenesten ble vurdert som noe under middels, likeså samarbeidet med fastlegene. Samarbeidsrelasjonen til habiliteringstjenesten ble vurdert som middels, men her skal vi være oppmerksom på at kun ti kommuner har svart.

Kontaktpersonene, som primært var prosjekt- eller enhetsledere for hverdagsrehabilitering i sin kommune, ble også spurt om de hadde utfyllende kommentarer til samarbeidet. Mange kommuner ga da uttrykk for at de har gode kommuneinterne samarbeidsrelasjoner som bekrefter resultatene. I tillegg nyanserte og utdypet de andre sider ved samarbeidsrelasjonene:

- *Bestillerkontoret* oppleves som en svært viktig samarbeidspartner og som en hovedinngangsport og instans for rekruttering av deltakere til hverdagsrehabilitering. God informasjonsflyt mot dem ble trukket frem som særlig viktig. Enkelte av respondentene opplevde at bestillerkontoret «glemmer» å henvise deltakere til dem, og at det derfor er viktig med fast kontakt med dem. Noen kommuner hadde god erfaring med at hverdagsrehabiliteringsteamet gjør en vurdering av aktuelle deltakere før søknad sendes til bestillerkontoret, eller at teamet og bestillerkontoret drar på felles vurderingsbesøk.

- *Hjemmetjenestene* opplevdes likeledes en svært viktig partner. Respondentene beskrev at det har vært en krevende prosess å få integrert tankesettet mot et trenings- og mestringsfokus, og de opplevde i varierende grad å lykkes med dette. Hjemmetjenestenes arbeidspress kunne vanskeliggjøre det å integrere tankesettet. Det ble trukket frem at det er viktig at flere i hverdagsrehabiliteringsteamet har arbeidet i hjemmetjenestene og kjenner dette systemet, samt de ansatte der.

- *Fastlegene* burde ifølge respondenter i prinsippet være en like viktig partner, men flere opplever dem som vanskelige å få involvert og oppnå kontakt med. Noen kommuner har rutine på at melding sendes fastlegen når rehabiliteringen blir igangsatt og etter endt periode.

- *Sykehusene* og deres avdelinger opplevdes på lignende måte å være utfordrende å komme i dialog med. Samarbeidet med ambulant team fra sykehuset kunne også være utfordringer, da gjerne knyttet til mangelfull informasjonsutveksling.

- Det ble trukket frem at *respekt for de ulike tjenestenes egenart og oppgaver* er vesentlig for et godt samarbeid. Ikke minst gjelder det forholdet til hjemmetjenestene. En formulerte det slik: «Det er ulike kulturar som møtast. Det å ha respekt og audmjukheit for kvarandre og for oppgåvene, og sjå kvarandre som likeverdige tenesteytarar er vesentlig. Videre det å ha god kommunikasjon og etterspørre kvarandre sin kompetanse».

- Noen *små kommuner* rapporterte om oversiktlige fagmiljø og grupper som gjør at samarbeidet flyter godt fordi «alle kjenner alle».

- Både små og store kommuner må ha en struktur på *faste møter* med koordinerende enhet, fysio- og ergoterapitjenesten, legekontor, hjemmetjenesten og bestillerkontor.

- Noen kommuner har særlig i startfasen opplevd et *konfliktfylt* forhold til fysio- og ergoterapitjenesten i forhold til rekruttering av deltakere. Kontaktpersonene opplevde at fysio- og ergoterapitjenesten ikke ville henvise «sine» brukere til hverdagsrehabilitering men at

TABELL 20: PREGER TENKNINGEN I HVERDAGSREHABILITERING DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE? GJENNOMSNITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennom-snitt	Variasjons-bredde	Standard-avvik	N
Den øvrige rehabiliteringstjenesten i kommunen	4.06	3	0.79	36
Bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtakskontor	3.68	4	0.98	34
Lederne i helse- og omsorgstjenesten	3.67	3	0.79	36
Koordinerende enhet	3.46	4	1.27	26
Hjemmetjenesten	3.34	3	0.84	35
Den øvrige habiliteringstjenesten i kommunen	3.09	4	1.28	23
Fastlegene	2.32	3	0.87	31

samarbeidet hadde begynt å gå seg til.

- Å arbeide etter *felles mål (deltakerens) innad i hverdagsrehabiliteringsteamet på tvers av yrkesgruppene* ble trukket frem som en suksessfaktor. Det ble videre trukket frem at det er også viktig at *de andre samarbeidspartnerne i kommunen* er bevisst og arbeider etter de samme målene.
- Det var viktig at samarbeidspartnerne rekrutterer og *henviser deltakerne i en tidlig fase*, før hjelpebehovet er blitt for stort.
- Å ha *geografisk nærhet eller samlokalisering* til de ulike enhetene gjør samarbeidet lettere. Det ble trukket frem at det er viktig at hverdagsrehabiliteringsteamet er samlokalisert.
- Flere understrekte at det er naturlig at det å etablere gode samarbeidsrutiner tar tid, og man hadde tro på at det kunne gå seg bedre til når man går inn i en fast driftsfase.

SYNSPUNKTER PÅ KONSEKVENSER AV SATSNINGEN OG FAGLIG FORSVARLIGHET

Respondentene i kommunene svarte på flere spørsmål om hvorvidt de syntes hverdagsrehabiliteringstekningen preger de ulike helse- og omsorgstjenesteavdelingene, om satsningen har ført til generell styrking av rehabiliteringstilbudet, om de ser noen negative konsekvenser og om synspunkter på faglig forsvarlighet.

PREGER TENKNINGEN I HVERDAGSREHABILITERING DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE?

Mange mente at hverdagsrehabilitering innebærer en ny måte å tenke på i kommunenes helse- og omsorgstjenester, med større vektlegging på deltakers aktivitetsmål, hverdagsmestring, intensiv trening og ressurser. Vi stilte spørsmål om i hvilken grad respondentene erfarer at en slik ny måte å tenke på preger arbeidskulturene i ulike grupper og avdelinger i kommunen? De svarte på en skala fra 1-5, der 1= I svært liten grad og 5= I svært stor grad (Tabell 20).

TABELL 21: SYNSPUNKTER PÅ EVENTUELLE UTILSIKTEDE KONSEKVENSER AV HVERDAGSREHABILITERING. GJENNOMSNITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL SVAR (N)

	Gjennom-snitt	Variasjons-bredde	Standard-avvik	N
Det er uoverensstemmelse mellom brukernes egne mål og tjenestens mål om å avvikle hjelpen?	2,6	4	1,03	36
Mennesker som har behov for vedvarende omsorgstjenester møtes med en forventning om at de bør bli selvhjulpne?	2,3	4	0,94	36
Andre brukergrupper får et dårligere tilbud på grunn av satsingen på hverdagsrehabilitering?	1,5	3	0,85	36
Innføring av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen?	4,8	1	0,40	36

I følge respondentene var det den øvrige rehabiliteringstjenesten i kommunen som i størst grad var preget av tenkemåten i hverdagsrehabilitering. De mente at også sentralt bestillerkontor og lederne var preget av tenkemåten. Dette gjaldt i noe mindre grad for koordinerende enhet og hjemmetjenesten. De mente at fastlegene i liten grad preges av hverdagsrehabiliteringstenkningen.

SYNSPUNKTER PÅ UTILSIKTEDE KONSEKVENSER OG OM SATSNINGEN BIDRAR TIL EN STYRKING AV DET HELHETLIGE REHABILITERINGSTILBUDET I KOMMUNEN

Vi ba respondentene om å ta stilling til påstander om utilsiktede konsekvenser av satsningen på hverdagsrehabilitering og om innføringen av tilbudet bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen. De ga sin mening om dette på en skala fra 1-5 der 1= helt uenig og 5= helt enig.

TABELL 22: VURDERINGER AV FAGLIG FORSVARLIGHET I FORHOLD TIL LOVVERK OG DET Å DELEGERE REHABILITERINGSOPPGAVER TIL MEDHJELPERE. GJENNOMSNITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennom-snitt	Variasjons-bredde	Standard-avvik	N
Norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder?	4,54	3	0,66	35
Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helsefagutdanning fra videregående skole-nivå?	4,29	2	0,57	35
Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning.	3,35	4	0,98	26

Tallet 3 blir dermed den nøytrale midtkategorien (Tabell 21).

Vi merker oss at påstanden om at «det er uoverensstemmelse mellom deltakerens egne mål og tjenestens mål om å avvikle hjelpen» vakte en viss gjenkjenning hos respondentene. Prosentfordelingen viser her at 47 % var enig (kategori 1 og 2) i at det er en slik uoverensstemmelse, 36 % var nøytrale mens 17 % var uenig. Påstanden om at «mennesker som har behov for vedvarende omsorgstjenester møtes med en forventning om at de bør bli selvhjulpne» vakte noe mindre gjenkjenning. 61 % er uenig, 33 er nøytrale mens 6 % er enige. Enda flere (89 %) var uenige i påstanden om at «andre brukergrupper får et dårligere tilbud på grunn av satsingen på hverdagsrehabilitering». Alle respondentene var enige (kategori 4 og 5) om at «innføring av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen». Den høye gjennomsnittsverdien på 4,8 illustrerer dette.

SYNSPUNKTER PÅ FAGLIG FORVARLIGHET

Respondentene ble bedt om å gi sin vurdering om hvorvidt hverdagsrehabilitering er faglig forsvarlig i forhold til:

- Norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder.
- Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helsefagutdanning fra videregående skole-nivå.
- Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning.

De svarte på en skala fra 1-5, der 1= Svært dårlig faglig forsvarlighet og 5= Svært god faglig forsvarlighet (Tabell 22).

Respondentene mente i stor grad at hverdagsrehabilitering er faglig forsvarlig i forhold til norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder (97 %). En person har krysset av på verdi 2 (ikke faglig forsvarlig).

De mente i stor grad også at det er faglig forsvarlig «å overlate noen av de daglige rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helse fagutdanning fra videregående skole-nivå».

«Å overlate noen av de daglige rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning», som for eksempel hjemmehjelpere og assistenter, var de derimot mer delt i synet på. 42 % krysset av på den nøytrale 3-er verdien på dette spørsmålet mens 15 % mente det var faglig uforsvarlig.

TABELL 23: PROSJEKT ELLER FAST DRIFT AV HVERDAGSREHABILITERING. PROSENT OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Prosent	N
Det er fortsatt et prosjekt	69	25
Det er allerede blitt en fast tjeneste/fast drift	31	11
Totalt	100	36

Tabell 24: SKAL HVERDAGSREHABILITERING VIDEREFØRES TIL FAST DRIFT. PROSENTER OG ANTALL KOMMUNER

	Prosent	Antall kommuner
Ja	64	16
Nei	0	0
Vet ikke	36	9
Totalt	100	25

Tabell 25: OPPSTARTSTIDSPUNKT FOR FAST DRIFT. ANTALL KOMMUNER

	Antall kommuner
November 2015	1
Januar 2016	8
Februar 2016	2
Mai 2016	1
Juni 2016	1
August 2016	1
September 2016	1
Totalt	**15**

OVERGANGEN FRA PROSJEKT TIL DRIFT

Det ble stilt spørsmål om hverdagsrehabilitering per oktober 2015 fortsatt er et prosjekt i kommunen eller har det gått over i en fast driftsfase (Tabell 23). Kommunene som svarte at det fortsatt er prosjekt ble bedt om å oppgi prosjektet skal videreføres til fast drift (Tabell 24) og om planlagt oppstartstidspunkt for overgangen til fast drift (Tabell 25).

HVORDAN PLANLEGGES OVERGANGEN?

Det ble videre stilt et åpent spørsmål om hvordan overgangen til fast drift planlegges. Følgende hovedpunkter ble trukket frem:

- *Forankring av «fast» drift hos kommunalsjef for helse og omsorg, rådmann og politisk, i tillegg til tillitsvalgte.* Å få slik støtte ble trukket frem som grunnleggende. For å få til dette har prosjektleder måttet argumentere og vise til positive resultater.
- *Få tilbudet inn på det faste driftsbudsjettet.* For noen kommuner gikk dette greit, for andre var det en tøff kamp, og for noen var man ikke sikker på om man ville lykkes. Flere beskriver en situasjon med en svært presset kommuneøkonomi der det er vanskelig å prioritere ned noen eksisterende tilbud for å få på plass hverdagsrehabilitering når prosjektperioden er over. For noen var løsningen å integrere tilbudet i en av de ordinære tjenestene (for eksempel hjemmetjenesten eller fysio- og ergoterapitjenesten) uten å øke budsjettrammene. Hverdagsrehabiliteringsoppgavene skal da gjøres i tillegg til de ordinære oppgavene. Noen beskrev at kommunen hadde fått frigjort både noen fast- og korttidsplasser på sykehjem og planla overføring av personalressurser til hjemmebaserte tjenester og rehabilitering. Noen søker om fortsatt ekstern støtte, for eksempel innovasjonsmidler hos Fylkesmannen. En påpekter at den varslede opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering burde vært kommet og styrket rehabiliteringsarbeidet økonomisk.
- *Arbeid med å integrere og implementere hverdagsmestringstenkningen i hjemmetjenestene og i andre kommunale enheter.*

Tabell 26: BLIR HVERDAGSREHABILITERING REGISTRERT SOM ER REHABILITERINGS-TJENESTE I IPLOS? PROSENTER OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Prosent	N
Ja	47.2	17
Nei	13.9	5
Vet ikke	38.9	14
Total	100	36

TABELL 27: VURDERINGSREDSKAPER SOM SKAL BRUKES I DRIFTSFASEN. PROSENTER OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Prosent	N
IPLOS: Bistandsbehov og ressurser	94	34
SPBB: Fysisk funksjon	94	34
COPM: Brukervalgte aktiviteter	92	33
PSFS: Pasientspesifikk funksjonskala	11	4
EQ-5D: Helserelatert livskvalitet	11	4
ADL-taxonomi: ADL vurderingsredskap	8	3
COOP/WONCA: Helserelatert livskvalitet	8	3
SOC-13: Mestring	3	1
MHC-SF: Psykisk helse	0	0
Andre, spesifisér	11	4

- *Arbeid med å integrere og implementere hverdagsrehabilitering som praktisk tilbud i hjemmetjenestene, sone for sone.* Herunder opplæring og kompetanseheving for personalet.

Noen trakk frem at de hele tiden har tenkt fast drift og ikke ønsket en prosjektorganisering «ved siden av» og at overgangen derfor ikke blir stor. Andre bemerket at de vil avvente endelige valg av modeller og tilnærminger til resultatene fra følgeforskningen foreligger.

HVA HEMMER OG FREMMER IMPLEMENTERINGEN TIL ORDINÆR DRIFT?

Kommunerepresentantenes svar på spørsmålet om hvordan overgangen planlegges forteller oss også noe om hva som hemmer og fremmer implementeringen og flere av momentene gjentas under dette spørsmålet. Dette gjelder faktorene, formulert som det som hemmer (med motsatt fortegn for det som fremmer):

- Manglende forankring og støtte i politisk og administrativ ledelse.
- Stram kommuneøkonomi, uklar finansieringsmodell og manglende innpassing i driftsbudsjett.
- Manglende integrasjon i hjemmetjenestene.
- Manglende vekt på opplæring og kompetanse.

Tabell 28: NÅR SKAL VURDERINGSREDSKAPENE BRUKES? PROSENTER OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Prosent	N
Ved oppstart av rehabiliteringen	100	36
Ved avslutning av rehabiliteringen	97	35
En tid etter avsluttet rehabilitering	41	15

I tillegg ble følgende faktorer trukket frem:

- Lite engasjement fra fastlegene.
- Få ergo- og fysioterapiressurser i kommunen.
- Profesjonskamp.
- Hjemmetjenestenes travle og tidsknappe besøksregime.
- At gode samarbeidsrutiner med vedtakskontoret og hjemmetjenesten ikke er på plass.
- Standardordlyden i vedtakene om hjemmetjenester.
- Informasjonsvirksomhet.
- Manglede forskningsdokumentasjon på at det virker.
- Konkurranse med andre nye innovative tilbud.
- For knapp tid til integrerings- og implementeringsarbeidet.
- At hverdagsrehabilitering kun blir tilbudt dem som oppfyller de ordinære kravene om å motta hjemmetjenester og ikke også mer som forebyggende tiltak.

BRUK AV VURDERINGSREDSKAP

Kommunene er pliktige til å registrere data om tjenesten «habilitering/rehabilitering utenfor institusjon». Vi stilte spørsmålet «Blir hverdagsrehabilitering registrert som en rehabiliteringstjeneste i IPLOS?».

Fem av de 36 kommunene oppga at hverdagsrehabilitering ikke blir registrert som en rehabiliteringstjeneste, mens 14 ikke vet om det blir gjort (Tabell 26).

Det ble stilt spørsmål om hvilke kartleggings/vurderingsredskap som kommer til å bli brukt i driftsfasen av prosjektet.

To kommuner oppga at de ikke skal bruke IPLOS. SPBB skal anvendes av 34 av 36 kommuner, mens COPM skal anvendes i 33 kommuner. De andre redskapene skal kun brukes av få kommuner (Tabell 27).

En kommune oppga som kommentar at de vil bruke PSFS i stedet for COPM fordi COPM er mer tidkrevende å gjennomføre og dermed mindre sannsynlig at de klarer å bruke både ved oppstart og avslutning. En annen kommune kommenterte at de vil prøve ut PSFS for å vurdere om det er et aktuelt alternativ til COPM. En kommune skrev følgende: «IPLOS må vi bruke, men vi er usikre på hva vi synes om dette redskapet. Er det for brukeren egentlig?».

Det ble videre stilt spørsmål om på hvilke tidspunkt i brukernes rehabiliteringsprosess kommer dere til å bruke vurderingsredskapene?

Alle kommunene vil bruke vurderingsredskapene ved oppstart av rehabiliteringsforløpet. Alle utenom en vil bruke dem også ved avslutning. 15 av kommunene vil bruke dem både ved oppstart, avslutning og etter en tid etter avsluttet rehabilitering (Tabell 28).

2.6 ANSATTES ERFARINGER MED HVERDAGS-REHABILITERING

I det følgende presenteres resultatet av intervjuene med 37 ansatte i syv kommuner. De aktuelle kommunene som inngikk i intervjuene hadde gitt tilbud om hverdagsrehabilitering til totalt 283 deltakere. Spørsmålene som skulle besvares var hvorvidt det faglige innholdet i hverdagsrehabilitering samsvarer med deltakernes behov, om deltakerne reelt har fått et rehabiliteringstilbud og om erfaringene er i samsvar med forsvarlige tjenester. Svaret på dette kan oppsummeres i følgende temaer:

- Rehabiliteringsteam som arbeidsplattform
- Hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og implementering – ulike grensedragninger
- COPM - et nødvendig redskap for deltakelse og definering av egne mål
- Et reelt, lærende og nødvendig tverrfaglig samarbeid
- En forsvarlig, rettmessig og nødvendig tjeneste
- Helsefagarbeiderne – en del av det tverrfaglige samarbeidet

REHABILITERINGSTEAM SOM ARBEIDSPLATTFORM

Med unntak av én kommune, organiserte kommunene hverdagsrehabiliteringen rundt et team som var organisert mer og mindre fristilt i forhold hjemmetjenesten, men likevel organisert som en del av hjemmetjenesten. Dermed hadde teamet en spesialfunksjon som var et supplement til de ressurser hjemmetjenesten fra før disponerte. Alle teamene hadde en grunnbemanning bestående av minst tre fagpersoner, det vil si sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og/eller vernepleier. Egne team ble begrunnet ut fra behovet for tverrfaglighet. Som et team uttalte på spørsmål om det var noe teamet spesielt ville trekke frem som viktig:

> «Det tverrfaglige er det aller viktigste, få alle gruppene inn».

Teamene representerte tverrfaglighet fordi de ulike aktørene var avhengig av å arbeide tett sammen i gjennomføringen av rehabiliteringen. Desto flere ansatte det var i teamet, desto mer selvstendig kunne teamet arbeide i forhold til hjemmetjenesten forøvrig. Teamene hadde en funksjon både som samarbeidspartner med de som fattet vedtak og som utfører av rehabilitering. Samarbeidet med de som fattet vedtak var avgjørende for å fange opp de «riktige» rehabiliteringskandidatene, selv om dette i en viss grad også ble fanget opp av egne ansatte i vedtakskontorene. Teamene utførte en kartlegging, blant annet ved hjelp av COPM, og utarbeidet rehabiliteringsopplegget. Så ble det gjort vedtak med basis i rehabiliteringsteamets kartlegging og vurdering. Saksbehandler som fattet vedtak kunne da vente med å utstede vedtaket til teamet hadde gjort sin kartlegging.

En kommune hadde organisert teamet i tilslutning til enheten som gjør vedtakene. Teamet fikk da mer en rolle som saksbehandlere og hjemmetjenesten fikk en rolle som utførere av rehabiliteringen. De ble derfor kalt for hjemmetrenere. De ulike fagpersonene uttrykte imidlertid at de ikke bare kunne ha en administrativ rolle, men at et tverrfaglig samarbeid var avhengig av at de ulike aktørene aktivt samarbeidet om utøvelsen av den praktiske rehabiliteringen.

Det var også nødvendig at teamene var raske med å mobilisere tverrfaglig innsats for å komme fort i gang med rehabiliteringen. Teamene beskrev alle en slik funksjon, men i varierende grad. Kommuner som hadde mange ansatte i teamet kunne ha større muligheter til å være raskt på banen, sett i forhold til kommuner med små team der enkelte fagpersoner kun var ansatt i deltidsstillinger.

HVERDAGSREHABILITERING, HVERDAGSMESTRING OG IMPLEMENTERING – ULIKE GRENSEDRAGNINGER

Teamene hadde ulike innstillinger og oppfatninger av forholdet hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, samt i hvilken grad teamene hadde ansvar for implementering av hverdagsmestring i hjemmetjenesten forøvrig. De fleste

hadde en formening om at hverdagsmestring dreide seg om en holdningsendring hos alle i hjemmetjenesten i retning av å oppfordre og bidra til at deltakere kunne mestre mest mulig selv. Hverdagsrehabilitering var den konkrete tidsavgrensede rehabilitering som ble utført av det tverrfaglige teamet.

> «Hverdagsrehabilitering er det bare vi som sitter i dette rommet, altså teamet, som gjør, mens hverdagsmestringen utfører alle».

I enkelte team var både hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering stort sett isolert til det «indre livet» i selve teamet. Andre team hadde en mer åpen holdning mot hjemmetjenesten, der det å implementere hverdagsmestringstankegangen ble en del av oppgavene teamet hadde. Hverdagsrehabilitering kunne ikke uten videre implementeres i hjemmetjenesten, men deler av rehabiliteringen kunne bli gjennomført i et samarbeid med hjemmetjenesten.

> «Det er et samarbeid. Vi har ansvar for kartleggingen og evaluering, vi drøfter og samarbeider om brukerne, men enkle ting utfører hjemmetjenesten. Så har vi vel sagt at vi trekker ikke inn hjemmetjenesten overfor dem som ikke har noen tjeneste fra hjemmetjenesten fra før».

COPM – ET NØDVENDIG REDSKAP FOR DELTAKELSE OG DEFINERING AV EGNE MÅL

COPM ble benyttet av samtlige team i og med at dette var et krav fra Helsedirektoratet. Mange hadde gått på kurs, og i noen team var det bare de fagpersonene som hadde gått på kurs som gjennomførte kartleggingen. I enkelte kommuner hadde ikke noen fått opplæring, men de tok i bruk vurderingsredskapet og fikk erfaring etter hvert. Det vanlige var at teammedlemmene lærte opp hverandre slik at alle i større og mindre grad utførte COPM intervjuet uansett fagbakgrunn. Det var en fordel at to fagpersoner var med på samtalen, og at deltaker fikk forberede seg. Selv om det var en del ulike erfaringer med bruk av vurderingsredskapet i form av at at noen deltakere strevde med det, så var det en gjennomgående tilfredshet med COPM. Bruk av vurderingsredskapet kunne ta litt tid og i utgangspunktet virke litt komplisert. Fagpersonene ga likvel uttrykk for gode erfaringer med instrumentet. Som et team uttrykte:

> «Vi opplever at dette er et veldig nyttig hjelpemiddel, veldig godt hjelpemiddel til å få fram mål».

De positive erfaringene må ses i forhold til at teamene totalt sett hadde brukt COPM overfor flere hundre deltakere. Dermed var innkjøringsperioden over og de fleste hadde etter hvert fått erfaring med instrumentet. I praksis vil gjennomføringen være preget av hver enkelt deltaker som hver for seg kan oppleve ulike utfordringer. Når teamene uttrykte positive erfaringer, så betyr det ikke at bruk av COPM var uten utfordringer, men det var vurderingsredskapets evne til å få fram deltakerens egne mål som var avgjørende, uavhengig av type eller grad av funksjonsnedsettelse. Fagpersonene fortalte at de ofte på forhånd hadde tenkt hvilke mål som burde være aktuelle for den aktuelle personen. Etter at deltaker hadde definert sine mål i COPM intervjuet, viste det seg nesten alltid at deltakers mål var annerledes enn det fagpersonene hadde tenkt. Som et team uttrykte:

> «Hver gang kommer de med noen andre mål enn det vi tenker på forhånd. Hver gang, jeg tror ikke det har vært en gang jeg har tenkt «riktig» på forhånd».

Når COPM skåringene skjer ved begynnelsen av rehabiliteringsperioden og så blir gjentatt

midtveis og ved slutt av perioden, blir vurderingsredskapet også en dokumentasjon av effekt av rehabiliteringen.

ET REELT, LÆRENDE OG NØDVENDIG TVERRFAGLIGE SAMARBEID

I gruppediskusjonen omkring det tverrfaglige samarbeidet trakk noen team frem hvordan dette hadde vært før teamorganiseringen. Selv om faggruppene tidligere hadde vært til stede i kommunene, hadde det ikke vært mulig å få til et tverrfaglig effektivt samarbeid omkring rehabilitering.

Det tverrfaglige samarbeidet hadde et læringsaspekt som i store trekk gikk på tre forhold. Det første var læring om egen funksjon og rolle ved at egen profesjonskompetanse fremsto klarere i møtet med de andre, og også hva en selv som fagperson kunne bidra med. For det andre lærte de av de andre i og med at disse bidro med sin fagkunnskap. For det tredje lærte de hvilken rolle og funksjon de andre fagprofesjonene hadde og hva disse kunne bidra med.

Et forhold var selve relasjonen mellom de ulike fagpersonene, men tverrfagligheten hadde også den effekten at flere personer kunne legge en helt annen tyngde inn i selve rehabiliteringen i form av hyppighet på treningen, og hvordan den burde gjennomføres. I noen team arbeidet fysioterapeuter og ergoterapeuter i kombinerte stillinger med andre deler av helsetjenesten i kommunen. En kunne da se at det å ha et tverrfaglig team som eventuelt kunne suppleres med hjemmetjenestens innsats, hadde en helt annen effekt enn poliklinisk fysioterapi to ganger i uken. Som et teammedlem sa:

> «Når man er tett på bruker så mange dager i uken så får man raskt formstigning. Det blir mer tverrfaglig, en trener f. eks ikke bare på bedre gangfunksjon, men en kan trene på at en kan greie et morgenstell selv. Da blir det ikke kun trening på en fot eller at en skal klare å gå i trapper».

Når det gjelder selve samarbeidet var det avgjørende at deltakerne definerte sine egne mål gjennom COPM. Teamene fikk dermed et faglig sett nøytralt mål å forholde seg til, det vil si et mål som ikke var definert av en fagprofesjon. Fokus for rehabiliteringsarbeidet ble da deltakers mål og de ulike faggruppene måtte sammen bruke all sin faglige dyktighet til å gjennomføre rehabiliteringen. Følgende utsagn beskriver dette:

> «Det er ikke vi som bestemmer hva som skal gjøres, det er målsettingen og den skiller ikke mellom profesjoner. Om målet er å klare å vaske gulv, så er alle like involvert i målsettingen på en måte».

Hverdagsrehabilitering fremsto ikke som en form for spesialisert rehabilitering, men som en form for generell rehabilitering med fokus på hverdagens aktiviteter og utfordringer. Fagspesifikke treningsopplegg initiert av fysioterapeut kunne forekomme, men ellers var det tiltak som alle kunne være med på å gjennomføre. Følgende utsagn kan illustrere noe av dette:

> «Vi kan ikke lage tiltakene for fagspesifikke, at vi ikke kan gjøre hverandres tiltak. Det er heller ikke egnet for alle å jobbe på denne måten, du må gi slipp på din faglige, eller, du må kunne dele. Du kan ikke eie alt. Det er en veldig berikelse at vi er mange faggrupper».

Det var ikke aktuelt å utvanne fagligheten slik at alle ble like. Fagligheten til den enkelte profesjon ble tvert imot en berikelse både overfor de andre i teamet og som var en nødvendighet for å utføre god hverdagsrehabilitering.

Det tverrfaglige samarbeidet skapte også nye yrkesroller sett i forhold til de rollene profesjonene hadde eller hadde hatt i helse -og omsorgstjenesten i kommunen, eller i andre deler av helsetjenesten. En fysioterapeut uttalte følgende:

> «For meg som fysioterapeut med mye ulik erfaring så er det liksom når fysioterapeut kommer, da er det å reise seg opp og gjøre noen øvelser. Så dette med at hvis pasienten ikke er stelt så kunne jeg si at; «kan dere stelle pasienten». Så på en måte har en satt store deler av pasientens liv på utsiden på en måte. Så sånn sett er det på en måte snevret inn i forhold til hva jeg skulle gjøre med pasienten; jeg skulle trene på ditten og datten, men her er det det tverrfaglige som gjør at en må være interessert i de andre delene også av livet til pasienten».

For sykepleiere kunne en ny yrkesrolle dreie seg om å gå fra et snevert tidsskjema og avgrensede oppgaver til mer tid og strukturert trening, og for ergoterapeuter kunne det dreie seg om å gå fra mye fokus på tekniske hjelpemidler til større grad av samarbeid.

EN FORSVARLIG, RETTMESSIG OG NØDVENDIG TJENESTE

Gruppeintervjuene understøttet i stor grad betegnelsen hverdagsrehabilitering, selv om enkelte team og kommuner kunne uttale skepsis mot begrepet. Teamene kunne for eksempel karakterisere den rehabiliteringen de utfører som en jobb mot hverdagslige og daglige aktivitetsmål. Målet var nødvendigvis ikke bare at deltaker skulle fungere i hverdagen i sin egen stue og leilighet, men treningen kunne også inkludere mål om aktivitet utenfor hjemmet. Et vesentlig særtrekk ved hverdagsrehabilitering ble blant annet fremstilt som hverdagskonteksten som består av en helhet som påvirkes av en rekke forhold. Dette i motsetning til kun fokus på den syke delen av kroppen eller kun den medisinske behandlingen av den enkelte sykdommen. Når hverdagen og utfordringene for deltakerne var mangfoldige, var det også viktig å ha en mangfoldighet i den faglige tilnærmingen. Følgende utsagn kan illustrere dette:

> «Synes jeg ser viktigheten av alle sin yrkesidentitet i teamet for det er så sammensatt, det er på en måte ikke bare en del av livet, en skal jobbe med en hel hverdag til en pasient og da er det ikke bare en fot, det kan være alt mulig. Dermed så er en avhengig av alle yrkesidentitetene og alle sin kunnskap».

Et annet aspekt var at hverdagen utspilte seg i hjemmet og utfordringer i forhold til å mestre hverdagen måtte håndteres og trenes på der hverdagen utspilte seg. Som en sa:

> «Så er det viktig at det foregår hjemme, i forhold til de hverdagslige oppgavene som de har og da, morgenstell for eksempel. Det blir veldig unaturlig å dra en annen plass å trene på det».

Avslutningsvis hadde gruppeintervjuene en sekvens der det ble spørsmål om forsvarlighet, effekter, helhetsinntrykk og anbefalinger. Når det gjelder forsvarlighet så ble vektleggingen av deltakelse, blant annet gjennom COPM, trukket frem. Dermed havnet en ikke i en situasjon der dette var noe som ble pådyttet. Hverdagsrehabilitering ble sånn sett betraktet som en rettmessig tjeneste som inkluderte stor grad av deltakelse. Dette gjelder nødvendigvis ikke hverdagsmestring der deltakelsesaspektet ble mer uklart og der det ikke var noen systematikk i forhold til hvordan dette skulle utøves i praksis.

Når det gjelder effekter hadde teamene et generelt inntrykk av at de så positive effekter

og de fikk gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Det var gjennomgående erfaringer med at rehabiliteringen var mest effektivt hos dem som søkte tjenester for første gang. Anbefalinger for praksis i andre kommuner handlet om innføringen av teamorganiseringen og tverrfagligheten den representerer.

HELSEFAGARBEIDERNE – EN DEL AV DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDET

Hovedinntrykket basert på det begrensede antall intervjuer som ble utført spesifikt med faggruppen helsefagarbeidere, er at de hadde tre roller. Den første var rollen som ansatt i ordinær hjemmetjeneste der rehabiliteringsfunksjonen avgrenset seg til definerte arbeidsoppgaver på arbeidslisten, uten noen direkte forbindelse til rehabiliteringsteamet eller fagpersoner som hadde spesielle funksjoner i forhold til rehabilitering. Helsefagarbeideren fungerte da som ansatte forøvrig i hjemmetjenesten. Den andre rollen var som ansatt i et rehabiliteringsteam på lik linje med de andre. Den tredje rollen var som hjemmetrenere der en kunne se at funksjonen var mer rettet mot trening. Noen ble kalt hjemmetrenere, men det var vanskelig å trekke klare forskjeller mellom å være ansatt som helsefagarbeider kontra hjemmetrener i et team.

«Det har ikke vært noe klasseskille. Det går i ett og vi rådfører oss med hverandre. Vi lærer en masse om og av hverandre. Om vi føler at fysioterapeut og ergoterapeut er de som bestemmer opplegg for trening så følger vi det. Det er deres utdanning, og det er greit og klart. Det er jo det de har utdannet seg til, men så kommer de borti forhold som de ikke har erfaring med som vi kan ha erfaring med, som stomi for eksempel».

Sett i forhold til ordinær hjemmetjeneste var det imidlertid arbeidsrollen ganske ulik. Forskjellene gikk på at i hjemmetjenesten skulle mange brukere besøkes på kortest mulig tid, en måtte prioritere det mest nødvendige og da ble ofte rehabiliteringsoppgaver nedprioritert. En annen forskjell var manglende kontinuitet og kompetanse når mange ansatte skiftet på å gå til samme bruker.

3. DISKUSJON

3.1 BIDRAR HVERDAGS-REHABILITERING TIL ØKT EGENMESTRING OG SELVHJULPENHET?

UTFØRELSE OG TILFREDSHET MED DAGLIGE AKTIVITETER

De som fikk hverdagsrehabilitering oppnådde bedre utførelse av daglige aktiviteter sammenlignet med dem som fikk vanlige tjenester i et tolv månedersperspektiv, og større tilfredshet med utførelsen i et seks månedersperspektiv. Forskjellene mellom de to gruppene ble mindre frem til 12 måneder. Kontrollgruppen som fikk standard tjenester oppnådde også bedring, men intervensjonsgruppen økte signifikant mer. Resultatene på tolv måneder er imidlertid noe mer usikre, fordi det er lavere antall deltakere etter ett år og et høyere frafall. I følge styrkeberegningen hadde det vært ønskelig å ha 70 deltakere i kontrollgruppen.

Hverdagsrehabiliteringsgruppen har hatt en sterk umiddelbar effekt som gradvis reduseres noe. Kontrollgruppen derimot, har ike hatt den samme umiddelbare effekten, men derimot en gradvis bedring på lengre sikt. Dette kan skyldes at mens hverdagsrehabiliteringsgruppen har hatt en intensiv opptreningsperiode og vanligvis oppfølgingsbesøk, har kontrollgruppen hatt støtte til dagliglivets aktiviteter over en lengre periode. For begge grupper må vi anta at spontan bedring representerer en del av effektene vi ser, uavhengig tilbudene deltakerne har fått. Dette antar vi særlig gjelder gruppen med bruddskader

som utgjorde den største brukergruppen med hensyn til helseutfordringer (se Tabell 6).

Bedringen når det gjelder utførelse av daglige aktiviteter er over tre poeng ved fem av seks måletidspunkt for intervensjonsgruppen. Når det gjelder tilfredshet med egen utførelse i daglige aktiviteter, er det over tre poengs bedring ved alle måletidspunkt. I henhold til COPM-manualen vil en økning på to poeng være en klinisk relevant bedring (35). Det betyr at gruppen som har deltatt i hverdagsrehabilitering, har oppnådd økt *selvhjulpenhet og egenmestring* i daglige gjøremål. En bedring på over tre poeng innebærer at deltakerne opplever at de har et høyere funksjonsnivå etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

Det er fire andre studier om effekt av hverdagsrehabilitering på daglige aktiviteter som inkluderer kontrollgruppe (19, 21-23), samt en studie uten kontrollgruppe (20). Fire av disse totalt fem studiene har benyttet daglige aktiviteter (PADL og IADL) og som resultatmål. Tre av disse studiene bekrefter at hverdagsrehabilitering fremmer PADL og/eller IADL (19-21). Den eneste av studiene som har utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter målt med COPM som resultatmål og som derfor er direkte sammenlignbar med følgeevalueringen, er Tuntlands norske studie (22). Når det gjelder utførelse av og tilfredshet med utførelse er resultatene i følgeforskningen og i Tuntlands studie sterkt sammenfallende, noe som bekrefter resultatenes gyldighet. Begge studier finner at hverdagsrehabilitering fremmer utførelse i daglige aktiviteter og at denne effekten holder seg over tid. Videre finner begge studier at tilfredshet med egen utførelse fremmes av hverdagsrehabilitering, men at denne effekten ikke er like stabil ved alle måletidspunkt.

Regresjonsanalysene viser at de som skåret lavere ved oppstart på COPM forbedrer seg mest. Dette kan bety at hverdagsrehabilitering ikke bare er nyttig for de med begynnende funksjonsfall, men også for de som har et lavt funksjonsnivå enten på grunn av akutt funksjonsfall eller grunnet mer langvarig funksjonsfall. Deltakerne i denne studien var relativt skrøpelige fysisk sett ved oppstart utfra deres lave ganghastighet målt med SPPB. Basert på dette kan vi konkludere med at også personer med lavere funksjonsnivå profitterer på hverdagsrehabilitering. En konsekvens av dette er at kommunene sannsynligvis bør være mindre strenge med hvem som inkluderes i hverdagsrehabilitering. Resultatene fra flernivåanalysen viser også at denne bedringen skjer uavhengig av kommunetilhørighet og hverdagsrehabiliteringsmodell.

FYSISK FUNKSJON

Resultatene viser at hverdagsrehabilitering fremmer balanse, gange, og muskelstyrke i bena. Resultatene på de tre deltestene statisk balanse, gange og reise/sette seg, samt når det gjelder samlet skår for de tre deltestene, viser en signifikant bedring i favør av hverdagsrehabilitering i et seks måneders perspektiv. Forskjellen holder seg over tid for to av dimensjonene også ved tolv måneder. En klinisk meningsfull bedring er i følge SPPB-manualen satt til ett poeng (57). Bedring i totalskår i denne følgeevalueringen er i gjennomsnitt 1,44 poeng ved 12-måneders oppfølging i hverdagsrehabiliteringsgruppen. Intervensjonsgruppen forbedrer seg nesten 1 poeng mer enn kontrollgruppen. Dette betyr at personer som har deltatt i hverdagsrehabilitering bedrer sin fysiske funksjon og at denne bedringen er merkbar også etter et år.

Seks kontrollerte studier har vurdert fysisk funksjon som følge av hverdagsrehabilitering (19, 21-24, 26). Tre av studiene finner at hverdagsrehabilitering fremmer fysisk funksjon (19, 21, 24) og støtter dermed funnene i følgeevalueringen. Disse resultatene er i motsetning

til den norske effektstudien på hverdagsrehabilitering (22), hvor det ikke ble påvist noen forskjeller mellom gruppene på mobilitet og balanse målt med Timed up and Go. Den eneste av disse studiene som har benyttet SPPB og som derfor er best sammenlignbar, er Parsons studie fra New Zealand (24). Denne studien påviste effekt i favør av hverdagsrehabilitering på samlet skår og gangtest, men ingen effekt på balanse og reise/sette seg. En svakhet ved denne studien var at den ikke fulgte deltakerne over lengre tid. Resultatene av følgeevalueringen er således bedre sammenlignet med andre studier ved at den samlet sett viser effekt på flere områder og at den viser at effekten på noen områder holder seg over tid.

HELSERELATERT LIVSKVALITET

Resultatene viser at intervensjonsgruppen bedret seg mer enn kontrollgruppen også når det gjelder helserelatert livskvalitet og opplevelse av helse i et seks måneders perspektiv. Av de fem dimensjonene innen EQ-5D var det signifikant større bedring i hverdagsrehabiliteringsgruppen på gange, personlig stell og vanlige gjøremål, men ikke når det gjelder smerte/ubehag og angst/depresjon. Når det gjelder personlig stell, var det signifikant høyere bedring i intervensjonsgruppen ved samtlige måletidspunkt, mens dette varierte for gange og vanlige gjøremål. Når det gjelder total helseskår, var det signifikant større bedring i hverdagsrehabiliteringsgruppen ved ti uker og seks måneder, men ikke ved tolv måneder.

Det er ikke uventet at det er dimensjoner som ligger nærmest daglige aktiviteter og som er på nivå med aktivitet og deltakelse i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) modellen, som viser mest effekt. Smerte/ubehag og angst/depresjon handler ikke direkte om aktivitet og deltakelse og måler andre dimensjoner av helse. I tillegg rapporterer gruppene bedre skår på angst og depresjon sammenlignet med de andre dimensjonene i helserelatert livskvalitet hvilket indikerer at utvalget hadde mindre utfordringer knyttet til psykisk helse, og at potensialet for bedring dermed er mindre. Når det gjelder total helseskår viser intervensjonsgruppen en god stigning frem mot seks måneder og deretter en liten tilbakegang. Kontrollgruppen viser imidlertid et annet forløp. De har ingen bedring av betydning frem mot seks måneder, men deretter en bedring ved tolv måneders oppfølging. Forklaringer på denne bedringen kan være som tidligere beskrevet at kontrollgruppen ikke hadde en tidsdefinert begrensing på tjenestene. Dessuten er det grunn til å anta at hverdagsmestringstenkningen også til en viss grad var til stede hos helsepersonell som ytte tjenester til kontrollgruppen (jamfør tabell 20 under modeller kapittel 2.5 og intervjuene med ansatte under kapittel 3.1)

Resultater når det gjelder helserelatert livskvalitet fra andre studier av hverdagsrehabilitering er inkonsistente (19, 22, 23, 25, 26), og det finnes ingen andre studier som har benyttet EQ-5D i hverdagsrehabilitering. Den norske randomiserte kontrollerte effektstudien av hverdagsrehabilitering (22), har imidlertid benyttet vurderingsredskapet COOP-Wonka. I denne studien fant man ingen forskjeller mellom gruppene når det gjelder helserelatert livskvalitet.

MESTRING OG POSITIV PSYKISK HELSE

Når det gjelder mestring målt ved SOC-13 viser resultatene signifikante forskjeller i favør av hverdagsrehabilitering ved seks måneders oppfølging, men effekten er ikke signifikant på lengre sikt. Den signifikante forskjellen ved seks måneder skyldes at intervensjonsgruppen hadde en liten bedring, mens kontrollgruppen hadde en tilbakegang ved dette måletidspunktet.

Når det gjelder positiv psykisk helse målt med MHC-SF, viser resultatene ingen

signifikante forskjeller mellom gruppene. Begge grupper har noe bedring, men intervensjonsgruppen bedrer seg mest.

Årsaken til vi ikke finner signifikante effekter på disse utfallsmål kan være at det er liten grad av samsvar mellom innholdet i intervensjonen og disse utfallsmål og at de også er lite sensitive til å fange opp endring på kort sikt. I tillegg viser studien at det mest vanlige tiltaket i hverdagsrehabilitering er trening på daglige aktiviteter i boligen og at det i studiens utvalg var kun var 1,6 % som rapporterte om psykiske helseproblemer som største helseutfordring.

Det finnes heller ingen andre studier innen hverdagsrehabilitering som har undersøkt mestring og positiv psykisk helse, så her finnes intet sammenligningsgrunnlag i eksisterende forskning.

Det er et tankekors at så få personer med psykiske problemer er inkludert i studien. En årsak kan være at få avdelinger for psykisk helse er involvert i hverdagsrehabilitering. Noen kommuner nevner personer fra psykiatritjenesten som målgruppe, men det er også kommuner som ekskluderer personer med psykiatriutfordringer og begrunner det med manglende kompetanse og ressurser (jamfør målgrupper, kapittel 2.5.) Hverdagsrehablitering synes å være svært somatisk orientert på tross av politiske føringer om at rehabilitering skal være en del av all omsorg og behandling (1) og det helhetlige fokuset i hverdagsrehabilitering. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (14) fremhever spesifikt personer med psykiske helseproblemer som målgruppe for rehabilitering. Det trengs derfor mer forskning på hverdagsrehabilitering og mestring hvor personer som har psykiske helseproblemer som sin hovedutfordring er inkludert. Dette inkluderer å undersøke effekten på mestring og psykisk helse på lengre sikt.

3.2 HVA ER DE ØKONOMISKE KONSEKVENSENE?

KOST-EFFEKT MÅLT PÅ INDIVIDNIVÅ

Dette er blant de største studiene som har vurdert kostnadseffektivitet av hverdagsrehabilitering sammenlignet med ordinære tjenester, og studien er dermed unik. Når vi evaluerer kostnader og effekter hver for seg i et seks måneders perspektiv, er det ingen forskjeller i kostnader mellom hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen, mens helserelatert livskvalitet er høyere i hverdagsrehabiliteringsgruppen.. Kostnadene ved hverdagsrehabilitering er høyere de første ukene etter inklusjon, men blir deretter lavere enn for kontrollgruppen. Etter 26 uker er de tilnærmet like. Når kostnader og effekten vurderes samtidig i en kost-effekt analyse, er hverdagsrehabilitering et like godt alternativ som eksisterende tilbud. Alt i alt kan vi konkludere med at kostnadene og effektene er om lag de samme, men med en tendens til bedre effekt i hverdagsrehabiliteringsgruppen.

Kommunene som er kontrollkommuner, har hatt en interesse for hverdagsrehabilitering og kan dermed være annerledes enn kommuner som ennå ikke har vurdert hverdagsrehabilitering. Det at deltakere og ansatte i kommunene har benyttet samme spørreskjema som hverdagsrehabiliteringsgruppen, kan ha medført endring i praksis. Dette er ikke mulig å måle eller justere for i analysene.

I analysen har vi inkludert kostnader relatert til hjemmebaserte tjenester ved gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Det er ikke inkludert tid til organisering av hverdagsrehabilitering, vi har dermed antatt at hverdagsrehabilitering ikke krever mer administrasjon og koordinering enn standard tjenester. Dette kan omfatte koordinerende møter, behovskartlegging og utarbeidelse av

rehabiliteringsplan. Hvorvidt det har vært knyttet ekstra kostnader knyttet til administrasjon i gjennomføringen av hverdagsrehabiliering ble ikke vurdert i denne forskningen. Hvis det er mer tidkrevende å administrere hverdagsrehabilitering, vil kostnaden til hverdagsrehabilitering være undervurdert. Det er heller ikke eksplisitt inkludert kostnader relatert til reise til og fra brukers hjem. Siden kostnadene ved hjemmetenester er om lag like stor for begge grupper, vil man kunne forvente at reisekostnadene også er like for begge grupper og vil følgelig ikke påvirke forskjellene mellom gruppene.

Analysen går over seks måneder, et kort perspektiv i en forebyggingstankegang. Det kan tenkes at effekter av hverdagsrehabilitering kan observeres på lengre sikt, effekter som ikke kan fanges opp i analysene i denne rapporten.

I analysene for QALYs mangler vi svar fra om lag 20% av deltakerne. Hvorvidt dette har medført skjevheter i resultatene vet vi ikke.

MÅLT PÅ KOMMUNENIVÅ PÅ LANG OG KORT SIKT

Med utgangspunkt i svar fra 17 av 36 de kommunene i hverdagsrehabiliteringsgruppen, rapporterte de fleste at de måtte skaffe egne midler til finansiering av hverdagsrehabilitering. Dette ble for de fleste kommunene gjennomført via omfordeling av ressurser. Noen av kommunene indikerte at gjennomføring av hverdagsrehabilitering kan ha medført noe lengre venting for andre grupper, mens andre kommuner rapporterte at omfordeling ikke har hatt konsekvenser for andre grupper. Grunnet svak svarprosent (46%) må imidlertid disse svarene tas med forbehold. Studien indikerer at standard tjenester og hverdagsrehabilitering koster omtrent like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering. Siden vi kun har opplysninger om kostnadene knyttet til den direkte brukerrettede delen av tjenesten og ikke til administreringen av dem, gjør resultatene noe usikre. I tillegg har vi ikke har tilstrekkelige opplysninger om kostnadene etter seks måneder og vi kan derfor ikke konkludere sikkert om langtidseffektene ved innføring av hverdagsrehabilitering. Selv om kostnadene er omtrent like etter seks måneder, kan bedre helseeffekt i favør av hverdagsrehabilitering på noen sentrale effektmål også etter tolv måneder, føre til lavere kostnader for kommunene på lengre sikt. Dette bygger på antagelsen om at bedre helseeffekt kan medføre utsettelse av behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

3.3 HVILKE MODELLER ER MEST HENSIKTSMESSIGE?

Vi så i Figur 6 at kommunene hadde valgt ulike organiseringsmodeller for hverdagsrehabiliteringstilbudet. En hjemmetjeneste-integrert modell var vanligst, men verken spesialistmodellen eller en rehabiliterings-integrert modell var uvanlig. Vi koblet data om de tre hovedmodellene, inkludert kjennetegn som rehabiliteringens vanlige varighet og intensitet (på kommunenivå) sammen med data om studiens primære effektmål COPM for deltakerne (på individnivå) i en såkalt flernivåregresjonsanalyse. Målet var her å finne ut om noen av modellene hadde signifikant bedre resultater på COPM enn andre. Slike forskjeller fant vi ikke mellom modellene. Resultatene viste at modellene ikke kan forklare forskjeller på COPM-resultater i materialet. Modellene kan dermed ikke forklare forskjeller i utførelse og tilfredshet av betydningsfulle aktiviteter for deltakerne.

Dette kan skyldes at modellene langt på vei er lokalt tilpasset kommunenes øvrige organisatoriske oppbygging, størrelse og behov. Det kan tyde på at valg av modell i hovedsak er uttrykk for fornuftige lokale tilpasninger. Et eksempel på en lokal tilpasning er arealstore kommuners valg av en hjemmetjeneste-integrert modell. De begrunnet valget blant annet med at en spesialistmodell med et sentralt plassert team vanskelig ville maktet å følge opp daglig treningsinnats for mange deltakere over store geografiske områder. Mindre team i flere soner og nærmere deltakerne vil i hvert fall være mer tidsøkonomisk. Motsatt har flere tett befolkede kommuner valgt en spesialistmodell fordi reiseavstandene er små, og fordi man har ønsket å bygge spesialkompetanse og oppnå rik erfaring for et begrenset antall ansatte i første omgang.

Det var ikke signifikant statistisk sammenheng mellom modellene og sentrale variabler knyttet til hverdagsrehabiliteringens varighet i uker, intensitet per uke og type hovedtiltak. Derimot var det flere yrkesgrupper involvert i kommunene som hadde hjemmetjeneste-integrert modell sammenlignet med kommuner med spesialist- og rehabiliteringstjenesteintegrerte modeller. Det er ikke overraskende på bakgrunn av hjemmetjenestenes størrelse med tilhørende mange yrkesgrupper.

At modellene synes å være uttrykk for fornuftige lokale tilpasninger betyr midlertid ikke at valg av nåværende modell nødvendigvis bør sementeres av kommunene for fremtiden. I 69 % av kommunene var hverdagsrehabilitering fortsatt i prosjektfase (Tabell 23). Det var sannsynligvis gode grunner for deres valg av modell på dette tidspunkt. Dette kan for noen endre seg når man går fra prosjekt til fast drift. Mange kommuner trakk frem at de har som ambisjon å integrere hverdagsmestringstankegangen og hverdagsrehabiliteringstilbudet tettere på hjemmetjenestene. Flere av disse så det som mest realistisk å gjøre et slikt omfattende integreringsarbeidet stegvis. De ønsket å starte med holdningsarbeid og opplæring overfor en mindre gruppe først og deretter utvide og integrere tenkningen og samspillet med hjemmetjenestene fremover. For selv om respondentene i spørreundersøkelsen vurderte samarbeidsrelasjonen til hjemmetjenestene som meget god (Tabell 19), så mente de fleste at hverdagsrehabiliteringstenkningen ikke preger denne tjenesten i sterk grad ennå (Tabell 20).

Vi kan ikke på bakgrunn av følgeevalueringen konkludere med at en av modellene er mer hensiktsmessig enn de andre for kommunene samlet. Begrunnelsen for dette er både at vi ikke finner signifikante effektforskjeller for deltakerne på studiens primære effektmål COPM, og at kommunenes egne begrunnelser for modellvalget synes veloverveid.

3.4 I HVILKEN GRAD IVARETAS KRAV TIL FAGLIG FORSVARLIGHET OG GOD PRAKSIS?

Vårt oppdrag herunder var å besvare spørsmålene:

a. Samsvarer det faglige innholdet i tjenestene med brukernes behov?

b. I hvilken grad innføring av «hverdagsrehabilitering» bidrar til en styrking av habilitering og rehabilitering i tråd med målsettingene for samhandlingsreformen og hvordan oppfylles ansvar og rettigheter jamfør norsk lovgivning?

c. Om satsningen på «hverdagsrehabilitering» kan ha utilsiktede konsekvenser for det

helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen og i tilfelle hvilke?

SAMSVARER DET FAGLIGE INNHOLDET MED BRUKERNES BEHOV?

TVERRFAGLIGE REHABILITERINGSTEAM FOR HJEMMEBOENDE BIDRAR TIL Å MØTE BRUKERNES BEHOV

Data fra fokusgruppeintervjuene og fra spørreundersøkelsen om modeller og organisering viser at mange ansatte opplevde det tradisjonelle rehabiliteringstilbudet i kommunen som oppstykket og lite effektivt. Ulike fagpersoner har vært organisert i egne adskilte avdelinger og det har vært vanskelig å etablere et fruktbart tverrfaglig samarbeid. Rehabiliteringstilbudet har i liten grad vært koordinert med andre tjenester. Denne oppfatningen samsvarer langt på vei med resultatene fra Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten fra 2012 (58).

I kommunene har mye av de eksterne og interne prosjektmidlene til hverdagsrehabiliteringssatsningen vært brukt til å etablere og drifte nye rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette har medført at tverrfagligheten har fått helt andre vilkår og muligheter. Teamene har dessuten fått tid og armslag til å drive intensiv rehabiliteringsstøtte, gjerne med daglige hjemmebesøk.

Riksrevisjonens gjennomgang fra 2012 påpekte at eldre med mindre alvorlig funksjonsfall ikke har blitt prioritert av kommunenes rehabiliteringstjenester (58). Det er liten tvil om at etableringen av hverdagsrehabilitering nå har gitt disse et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø. Våre undersøkelser tyder på at dette ikke kun gjelder dem med mindre funksjonsfall, men også personer med mer omfattende funksjonsnedsettelse. Det var nettopp dem som i utgangspunktet hadde lavest mestringsnivå på sine selvvalgte aktivitetsmål som opplevde størst fremgang av hverdagsrehabilitering (Figur 9). Dette indikerer at hverdagsrehabilitering treffer et behov blant brede brukergrupper av hjemmeboende, særlig eldre.

Dagens lovverk stiller krav til at kommunene skal ha et differensiert rehabiliteringstilbud (59). Dette følger av kommunens sørge-for-ansvar og avslag kan ikke begrunnes med at rehabiliteringstilbudet ikke finnes. Personer med funksjonsnedsettelser, som vurderes å ha nytte av rehabilitering, skal ha tilbud om dette, uavhengig av om kommunen har hverdagsrehabilitering eller ikke. Det er vår vurdering at kommunene gjennom tilbudet om hverdagsrehabilitering i større grad enn tidligere møter behovene til hjemmeboende eldre med funksjonsfall. Slik sett bidrar satsningen til å møte den nevnte påpekningen fra Riksrevisjonen i 2012 (58). Dersom ikke satsningen går på bekostning av annen kommunal rehabilitering bidrar den til et mer differensiert rehabiliteringstilbud i kommunene. Den er i tråd med Omsorgsplan 2020 (60) og nyere stortingsmeldinger som vektlegger tjenester med større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering (61, 62).

COPM BIDRAR TIL Å MØTE BRUKERNES BEHOV

Spørsmålet om det faglige innholdet i tjenesten samsvarer med brukernes behov påvirkes ikke minst av i hvilken grad de kan delta i og påvirke tjenesten slik dette uttrykkes i Forskriften om rehabilitering (4). Vurderingsredskapet COPM har den funksjon at det i stor grad sikrer at brukerne får gi uttrykk for egne ønsker og behov. Fagpersonene har lagt stor vekt på å gjennomføre vurderingen på en grundig måte. Det kan selvsagt være at dette skyldes at COPM var en del av kartleggingen som skulle innrapporteres til følgeevalueringen, men intervjuene avslørte nokså klart at deltakerne

gjennomgående hadde andre ønsker og behov i forhold til rehabiliteringsmål enn det de ansatte trodde at de hadde. Det kan tyde på at brukerne har hatt muligheter til delta i rehabiliteringen på en måte som samsvarer med deres behov og at denne typen individualiserte instrumenter er et helt nødvendige for å ivareta brukerdeltakelsen. Brukerne selv rapporterer også om god nytte for å kunne bestemme egne mål med å bruke vurderingsredskapet COPM. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at over 90 % av kommunene planlegger å bruke COPM i fortsettelsen (Tabell 27).

En stor gruppe av de som søker om hjemmetjenester gjør det som følge av et funksjonsfall grunnet relativt akutte skader og sykdom uten at de har hatt behov for hjelp av hjemmetjenesten fra før. Dette samsvarer med Hansen med medarbeidere (63) som hevder at denne gruppen har størst utbytte av og uttrykker størst behov for hverdagsrehabilitering. Brukere som har hatt hjemmebasert hjelp over lengre tid har gjerne tilpasset seg situasjonen og vil beholde hjelpen, men rehabilitering kan være avgjørende viktig for å forhindre en økning av behovet for hjelp.

I henhold til Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (14) skal tjenestene dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov for rehabilitering. Både vurderingsredskapet COPM og hverdagsrehabilitering som intervensjon, har fokus på hverdagsaktiviteter som personen det gjelder har problemer med å mestre. Selv om det kan tenkes at å hjelpe brukerne til å mestre hverdagsaktiviteter er en god måte å ivareta brukeres psykososiale utfordringer kan det likevel stilles spørsmål ved om brukernes psykososiale behov blir godt nok ivaretatt. Som det fremgår av Tabell 6 var det imidlertid kun 1,6 % av deltakerne i følgeevalueringen som oppga at psykiske lidelser var deres største helseutfordring. Det store flertallet hadde somatiske helseutfordringer. Dette kan på den ene siden tyde på at mangelfull ivaretakelse av brukernes psykososiale behov ikke er en sentral utfordring ved utforming av hverdagsrehabiliteringstilbudet. På den andre side kan det være at psykiske lidelser ikke blir oppgitt på grunn av negative normer i form av stigma knyttet til psykisk helse. Noen kommuner oppgir også å ha manglende kompetanse på psykisk helse (jf. 2.5 under målgrupper). Flere ansatte med viderutdanning i psykisk helsearbeid i teamet vil kunne styrke det tverrfaglige samarbeidet, øke kompetansen og dermed fremme et helhetlig rehabiliteringstilbud.

AVVEININGER VED VALG AV MÅLGRUPPER FOR HVERDAGSREHABILITERING

Saksgangen i kommunene kan variere noe, men det er vanlig at når en søker har behov for hjelp, kanaliseres søknaden til en enhet eller saksbehandler som fatter et vedtak. Det er avgjørende at dette leddet i saksgangen kan fange opp personer med et potensielt rehabiliteringsbehov og kanalisere dette til hverdagsrehabiliteringsteamet. I flere kommuner gjør teamet så sin vurdering, og på basis av denne melder de tilbake til saksbehandler, som så fatter vedtak om rehabilitering. Teamene har derfor mange steder ukentlige eller løpende møter med de som behandler søknader og gjør vedtak. I en del kommuner er disse enhetene supplert med fagpersoner som har en utvidet rehabiliteringskompetanse. Slikt tett samarbeid mellom søknadsbehandler og hverdagsrehabiliteringsteamet bidrar til at tilbudet treffer dem som de rette målgruppene.

Hverdagsrehabilitering er et *rehabiliteringstilbud* og det er ikke overraskende at kommunene i utvalget primært retter tilbudet til personer som har opplevd et brått eller et noe mer gradvis funksjonsfall, og sekundært mot dem som har et nedsatt men stabilt funksjonsnivå. Det er i denne sammenhengen interessant at resultatene fra vår effektstudie viser at personer som i utgangspunktet hadde et lavere funksjonsnivå hadde bedre effekt av

hverdagsrehabilitering enn personer med et høyere funksjonsnivå ved oppstart. Hvorvidt det lavere funksjonsnivået hadde vart lenge eller oppstått brått har vi imidlertid ikke sikker kunnskap om. Vi kan dermed ikke på bakgrunn av dette hevde at personer med langvarig nedsatt funksjonsnivå i større grad bør gis hverdagsrehabilitering enn det som er tilfelle i dag. Dette er nok også et kapasitetsspørsmål for kommunene. Prinsipielt bør de likevel ikke ekskludere personer med langvarig nedsatt funksjonsnivå fra å få tilbudet. Også disse kan oppleve plutselige eller mer gradvise nye funksjonsfall. Generelt sett er det en vurdering av rehabiliteringspotensialet til hver enkelt søker som bør ligge til grunn enten personen er rammet av akutt funksjonsfall eller har levd med redusert funksjon over tid. Rehabilitering dreier seg ikke alltid om å gjenvinne tapte ferdigheter fullt ut, men også om å bedre den på bestemte livsområder, og å oppnå økt mestring av hverdagens utfordringer til tross for nedsatt funksjon.

Respondentene fra kommunene trekker frem at det ikke er tilstrekkelig at brukeren har hatt et funksjonsfall, de må også være motiverte for trening, økt mestring og det å bli mer selvhjulpen. Et vesentlig kompetanseområde for personalet er derfor å avdekke motivasjonsgrad før rehabiliteringen starter opp, og å vurdere om den er indrestyrt eller om det først og fremst er personer rundt brukeren, for eksempel ansatte eller pårørende, som ønsker dette. På den annen side ga flere uttrykk for at brukere kan ha liten motivasjon i utgangspunktet, eller at deres motivasjon på dette tidspunktet ennå ikke er synlig. En vesentlig kompetanse for personalet er å ha evne til å fange opp hva som er viktig for brukeren, bygge videre på dette og på denne måten stimulere og utvikle brukers motivasjon. Det er en prosess som kan ta tid og som kan rettferdiggjøre oppstart også når motivasjonen er svak. Dette er i tråd med resultater fra en nylig publisert artikkel om brukeres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Der kom det frem at egenviljen, støtte fra rehabiliteringsteamet og det å trene på aktiviteter i vante omgivelser i hjem og nærmiljø var de vesentlige «drivkrefter» for å gjenvinne eller bedre ferdigheter (64).

Fasiten om hvem som er rette målgrupper er således ikke et enkelt svar med to streker under. Utvelgelsen krever god faglig skjønnsutøvelse og erfaringskunnskap. Forskning fra Danmark viser at eldre personer kunne føle seg presset til å leve opp til personalets ideal om selvhjulpenhet og de etterlyste større hensyntagen til at de befant seg i en sårbar situasjon med behov for omsorg (65). Dette kan skje dersom mestring og rehabilitering ensrettes som eneste tenkningsgrunnlag og ideologi for alle brukergrupper. Det kreves et godt faglig skjønn for å skille mellom de som vil ha nytte av og ikke ha nytte av hverdagsrehabilitering. Dessuten er det vesentlig at de ulike virksomhetene innen kommunens helse- og omsorgstjenester, for eksempel hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmesykepleien, har respekt for hverandres egenart og ulike funksjoner i denne sammenheng.

BIDRAR HVERDAGSREHABILITERING TIL STYRKING AV REHABILITERING?

Samhandlingsreformen (66) fremhever blant annet behovet for rehabilitering og hjemmesykepleie blant pasientgrupper som vil måtte utskrives fra sykehus tidligere. Det vanlige har vært at denne gruppen har fått hjelp av hjemmetjenesten, men vanligvis ikke i form av rehabilitering. Ved å etablere rehabiliteringsplasser på kommunale sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjoner og egne rehabiliteringsteam for hjemmeboende, vil de kunne tilbys rehabilitering.

Det har vært en utvikling i retning av at kommunene i økende grad har etablert spesialteam i forhold til ulike funksjoner og

brukergrupper i hjemmetjenesten, som for eksempel knyttet til psykisk helse og rus, sår, diabetes, velferdsteknologi, demens og palliasjon. Dette er uttrykk for en økende spesialiseringsgrad i hjemmetjenestene begrunnet i et økende antall brukere med komplekse og ikke ferdigbehandlede lidelser (67, 68). Satsningen på hverdagsrehabilitering kan betraktes som del av denne utviklingen.

Når det gjelder hverdagsrehabilitering etableres det som vi har sett en kjernegruppe av minst tre fagpersoner, som fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, vernepleier og helsefagarbeider. Desto mindre antall ansatte i teamet, desto mer nødvendig er det med et løpende samarbeid med hjemmetjenesten forøvrig om rehabiliteringen. Dersom det er et team med mange ansatte, fungerer teamet nærmest som en egen avdeling parallelt med hjemmetjenesten. Denne spesialgruppen vil da ha stor kapasitet til tidlig innsats der kvalifiserte og erfarne fagpersoner kun arbeider med rehabilitering. Ulempen vil være at samarbeid omkring rehabilitering i hjemmetjenesten lett kan svekkes.

Selv om kommunene peker på betydningen av at hverdagsmestringstenkningen bør gjennomsyre alle helse- og omsorgstjenester som arbeider med personer med funksjonsfall og i særlig grad hjemmetjenestene, mener vi det er riktig å etablere egne rehabiliteringsteam med spesialkompetanse på hverdagsrehabilitering, tilknyttet eller i samarbeid med hjemmetjenesten. Fordelen med slike team er som nevnt at de organiseres tverrfaglig, samarbeider tett og møtes daglig eller jevnlig og opparbeider seg viktig erfaringsbasert rehabiliteringskompetanse. Slik spesialkompetanse er det verken realistisk eller riktig at alle i hjemmetjenestene skal ha. Hjemmetjenestene har mange andre brukergrupper og spesialfunksjoner å ivareta som de også må ha spesialkompetanse på. Selv om ikke alle i verken i hjemmetjenestene eller i kommunenes helse- og omsorgstjeneste for øvrig skal ha spesialkompetanse på rehabilitering, bør de ha en *grunnkompetanse* innen rehabilitering og være preget av hverdagsmestringstenkningen. Felles tenkning knyttet til mestringsorientering og at det er brukeren selv som bestemmer målene for bistanden vil lette samarbeidet og føre til at alle arbeider mot samme mål.

Både i stortingsmeldingene om Samhandlingsreformen fra 2009 (69) og Fremtidens primærhelsetjeneste fra 2015 (61) understrekes betydningen av kommunenes samarbeid med sykehusene og fastlegene, også innenfor rehabiliteringsfeltet. Vi har ikke intervjuet representanter fra sykehusene eller fastleger, men responsen fra ansatte og ansvarlige for hverdagsrehabilitering i kommunene kan tyde på at de så langt har en perifer rolle og i liten grad preges av hverdagsrehabiliteringstenkningen. Fastlegene og sykehusavdelinger tar i følge disse sjelden initiativ til tilbudet, til tross for at de er i en posisjon som prinsipielt muliggjør dette. En mulig forklaring kan være at tilbudet ennå ikke er godt kjent blant fastleger og på sykehusavdelinger. Det er de kommunale vedtakskontorene, fysio- og ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten som oftest tar initiativ til hverdagsrehabilitering.

Tabell 21 viser at alle kommunerepresentantene i utvalget for spørreundersøkelsen, uten unntak, mente at innføring av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen. Disse var prosjektledere og andre ledere med ansvar for innføringen av tilbudet. Det er ikke overraskende at disse er begeistret. De er også i en posisjon der de kan være tjent med at tilbudet blir positivt evaluert. Respondentene mente videre at hverdagsrehabilitering i hovedsak er faglig forsvarlig i forhold til norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder. Vi har i våre kvalitative undersøkelser i utvalgte kommuner ingen klare signaler på at slik faglig forsvarlighet ikke ivaretas. Vi vil understreke at vi primært

har intervjuet ansatte som selv arbeider med hverdagsrehabilitering og ikke fagpersonell fra andre samarbeidspartnere. Vi kan ikke på bakgrunn av disse undersøkelsene konkludere med at faglig forsvarlighet ivaretas i alle henseender. Dette er heller ikke vår oppgave, men tilsynsmyndighetenes ansvar.

Vi merker oss videre i denne sammenheng at respondentene i spørreundersøkelsen i stor grad mente at det er faglig forsvarlig «Å overlate noen av de daglige rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helsefagutdanning fra videregående skole-nivå», mens det «Å overlate noen av de daglige rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning», som for eksempel hjemmehjelpere og assistenter, ble opplevd som mer kontroversielt i forhold til faglig forsvarlighet (Tabell 22). I Lov om helsepersonell §5 fremgår det at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til medhjelpere hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgning som gis. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Medhjelpere skal uansett være underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. De fleste kommunene oppga at de hadde arrangert egne kursdager internt som ledd i opplæring og kompetanseheving for dem som var knyttet til hverdagsrehabilitering. Noen kommuner hadde også sendt medarbeiderne på eksterne kurs eller hospiteringsdager i andre kommuner. Det er innlysende at systematisk og målrettet opplæring og kompetanseheving for alt involvert personell er av avgjørende betydning for tilbudets kvalitet.

Å konkludere om hvorvidt innføring av hverdagsrehabilitering fører til en styrking av habilitering og rehabilitering i tråd med målsetningene for samhandlingsreformen, og hvordan ansvar og rettigheter oppfylles i lovgivningen er, som vi har vært inne på, et komplisert spørsmål å besvare. Det er som beskrevet vår vurdering at eldre personer med funksjonsfall gjennom etableringen av hverdagsrehabilitering har fått et utvidet tilbud om rehabilitering i hjem og nærmiljø. Nødvendigheten av et slikt utvidet tilbud ble blant annet understreket av Riksrevisjonens rapport fra 2012 (58). Slik sett kan hverdagsrehabilitering ha bidratt til et mer differensiert kommunalt rehabiliteringstilbud. Som det fremgår i Tabell 21 mente våre respondenter at andre brukergrupper ikke får et dårligere tilbud på grunn av satsningen på hverdagsrehabilitering. Vi har imidlertid ikke data fra andre parter som kan vise om den økte satsningen på dette tilbudet faktisk har gått på bekostning av annen rehabilitering i kommunene eller ikke. Her kan det være lokale forskjeller mellom kommunene.

Hverdagsrehabilitering er en intensiv, personsentrert, tverrfaglig, tidsavgrenset og målrettet intervensjon. Den defineres som en kompleks intervensjon fordi den er helhetlig og består av flere komponenter. Et viktig kriterie ved denne studien er å vurdere om det faktisk er hverdagsrehabilitering som er blitt implementert og at det altså er hverdagsrehabilitering vi ser på effekten av. Det sier seg selv at kvaliteten på COPM intervjuet er avgjørende for at bruker faktisk blir bevisst sine ønsker og blir tatt på alvor av den som intervjuer, slik at intervjuet faktisk blir personsentrert. Eierskapet til egne mål blir altså helt avgjørende. Kvaliteten på COPM intervjuet har helt sikkert variert da personlige egenskaper som evne til å lytte, grad av opplæring i bruk av COPM, tid til rådighet og kunnskap og kompetanse om for eksempel psykisk helse, har variert. Noen syntes også at COPM var komplisert å bruke. Det generelle inntrykket fra intervjuene av ansatte er imidlertid er at intervjuet har fungert godt fordi det nettopp fikk frem brukers egne prioriteringer og mål. Dette samsvarer godt med deltakernes selvrapporterte gode erfaringer med å bruke COPM intervjuet til å få frem egne rehabiliteringsmål. På en skala fra 1 til 10 i hvor 10 er best svarer de i gjennomsnitt oppunder 8.

I tillegg tillegges det tverrfaglige teamet

stor betydning for at tiltaket har fungert så godt. Det fremkommer at hverdagsrehabilitering har hatt gode betingelser ved forankring på ledernivå, egne team som skal jobbe med dette, opplæring og det er satt i system. Flernivåanalysen avdekker også at det er på personnivå endringen skjer på tvers av kommuner og modeller. Dette stemmer overens med at selv om hverdagsrehabilitering er kjennetegnet av noen generelle prinsipper, så er det den personlig tilpasningen som sikrer kvaliteten og deltakelsen.

Oppsummert tyder våre undersøkelser på at rehabiliteringen som ble utført i hovedsak oppfyller de sentrale kriteriene for rehabilitering. Det vil si at de 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» (4). Dessuten har vi fanget opp positive erfaringer fra de involverte kommunene, og resultater i form av bedring av deltakernes mestring og funksjon i intervensjonsstudien.

UTILSIKTEDE KONSEKVENSER?

Har satsningen på hverdagsrehabilitering utilsiktede konsekvenser for det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen og i tilfelle hvilke? Dette spørsmålet er nært knyttet til spørsmålet vi nettopp har drøftet. Vi skal her bringe inn noen nye momenter.

FORHOLDET MELLOM HVERDAGSREHABILITERING OG HVERDAGSMESTRING SOM TENKNINGSGRUNNLAG

Det er noen kommuner som bruker begrepet hverdagsmestring i stedet for eller i tillegg til hverdagsrehabilitering. Dels er dette begrunnet i at hverdagsmestring anses som et mer grunnleggende og mer samlende begrep for en tenkning knyttet til at tjenestene skal ha større brukerinvolvering og målrettethet mot egenmestring, og dels at det anses som mer relevant enn rehabiliteringsbegrepet for brukergrupper med for eksempel rusproblemer, psykiske lidelser og utviklingshemming. Dette er forståelige argumenter. Det kan noen ganger være glidende overganger mellom rehabiliteringsinnsats og annen helse- og omsorgsinnsats. Likevel tror vi feltet er tjent med at rehabiliteringsbegrepet beholdes for den innsats som faktisk har de kjennetegn som omfattes av rehabilitering; som klare mål og virkemidler innenfor en tidsavgrenset periode, at flere aktører samarbeider og at man gir bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (4). Alle disse elementene er også sentrale områder i hverdagsrehabilitering. Hverdagsmestringsbegrepet er på sin side et uttrykk for en tenkning som også omfatter andre helse- og omsorgstjenester.

Poenget vårt i denne sammenheng er at rehabiliteringsbegrepet bør brukes for det som er rehabilitering, og ikke om det skal hete hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering som noen få av kommunene omtalte det som, eller «rehabilitering på ældreområdet» som myndighetene i Danmark nå omtaler dette som (70). Å avgrense tilbudet kun til eldre er imidlertid problematisk og ikke i tråd med hvordan kommunene i følgeevalueringen tenker. Selv om gjennomsnittsalderen var 78 år var det kun en kommunene som avgrenset tilbudet kun til eldre.

Forholdet mellom hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, og integrering av disse begrepene i tjenestene fremstår som noe uklart. Integrering av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten skjer som nevnt ved at det etableres tverrfaglige team eller avdelinger som utøver rehabilitering i større og mindre grad i samarbeid med hjemmetjenesten for øvrig.

I og med at rehabiliteringsteamene arbeider med rehabilitering, vil det være naturlig at disse også bidrar med å spre et rehabiliterende tankesett. Det kan imidlertid være en fare hvis enkeltansatte blir farget av en oppfatning av at brukerne må mestre alt selv, og at en som fagperson alltid skal stå «med hendene på ryggen», uten å være oppmerksom på at brukerne er forskjellige, og at tilstander kan være kompliserte, sammensatte, faseavhengige og med behov for vedvarende hjelp. Slik ensidighet i tenkning og faglig tilnærming kan bidra til utilsiktede konsekvenser. Tidligere referert forskning fra Danmark, om at eldre personer kunne føle seg presset til å leve opp til personalets ideal om selvhjulpenhet, viser at dette er en reell problemstilling (65).

Rehabiliteringstradisjonen og pleietradisjonen har tradisjonelt ivaretatt ulike funksjoner og hensyn i helse- og omsorgstjenestene. Kari Martinsen har anvendt uttrykkene «vekstomsorg» og «vedlikeholdsomsorg» som betegnelser på disse tradisjonene (71). Vekstomsorg er en beskrivelse på tjenester der en forventer større selvhjulpenhet, mens vedlikeomsorg er tjenester rettet mot personer man ikke kan forvente slik bedring hos, for eksempel brukere som føler seg kraftløse, har sterkt progredierende lidelser eller er i en palliativ fase. Hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringstjenesten samarbeider tett om mange av de samme brukerne og begge bør preges av en hverdagsmestringstankegang der det er brukerens behov og ønsker som er styrende. I dette samarbeidet vil det også være vesentlig at tjenestene har respekt for hverandres funksjoner, ulikheter og egenart for å unngå konflikter.

I forbindelse med gruppeintervjuene ble de ulike aktørene i rehabiliteringsteamene spurt om utilsiktede konsekvenser. Det var imideltid svært få umiddelbare utsagn i retning av mulige negative konsekvenser. Hvis en ser dette i lys av at teamene tvert imot hadde en rekke positive tilbakemeldinger, blant annet at alle kommuner burde komme i gang med hverdagsrehabilitering, kan det tolkes i retning av tilbudet ikke hadde fungert optimalt tidligere. Fraværet av hverdagsrehabilitering ble derfor det som ble forbundet med ikke forsvarlig og ikke god praksis. Når hverdagsrehabilitering først ble etablert, ble det sett på som et nødvendig tiltak for å ha en forsvarlig og god praksis, med den konsekvens at brukerne fikk et tilbud som ble oppfattet som tilsiktet, nødvendig og tjenlig for den enkelte.

STANDARDISERING ELLER FLEKSIBILITET?

Tilsynelatende tilbyr mange av kommunene standardløsninger eller «pakker», for eksempel i forhold til rehabiliteringsperiodens lengde og tiltak. Kommentarene deres nyanserer dette bildet og tyder på at det også innenfor dette området er betydelig rom for å utøve faglig skjønn.

Det er heller ikke slik at teamet avslutter all kontakt med deltakerne etter endt rehabiliteringsperiode. De fleste ga alltid oppfølgingsbesøk, noen kun ved uttrykte behov mens 11 % ikke praktiserte slik oppfølging. Det er i de fleste kommuner mulig for samme bruker å få gjentagende rehabiliteringsperioder. At dette ikke er mulig i alle kommuner stiller vi oss imidlertid undrende til. Også tidligere brukere i hverdagsrehabilitering kan få nye funksjonsfall med behov for ny rehabilitering!

SØKNADSPROSESSER OG FORMELLE VEDTAK

Søknadsprosessene for hverdagsrehabilitering gjenspeiler sannsynligvis den generelle organiseringen kommunene har når det gjelder tildeling av hjemmetjenester. Det er bestillerkontorene som har denne myndigheten i de fleste kommunene. De fleste kommunene fattet formelle vedtak om igangsetting hverdagsrehabilitering, mens seks av kommunene gav tilbudet uten at det ble fattet formelle vedtak.

Vi vet ikke om vedtakene for

hverdagsrehabilitering inneholder normtider, slik mange kommuner praktiserer for øvrige hjemmetjenester, eller om dette er skjønnsbasert. Noen kommuner knytter også slike normtider direkte til finansieringen av tilbudene (aktivitetsbasert finansiering). Vi har ikke opplysninger om noen kommunene har en slik aktivitetsbasert finansieringsordning knyttet til hverdagsrehabilitering. Vi er imidlertid av den oppfatning at faste normtider med tilhørende aktivitetsbasert finansiering til hverdagsrehabilitering vil gi mindre rom for faglig skjønnsutøvelse.

3.5 I HVILKEN GRAD SIKRER PROSJEKTENE IMPLEMENTERING I ORDINÆR DRIFT?

OVERGANGEN FRA PROSJEKT TIL VARIG DRIFT

De fleste kommunene (66 %) forankret beslutningen om oppstart av hverdagsrehabilitering som *prosjekt* gjennom et politisk vedtak, mens 34 % hadde kun et administrativt vedtak. Av kommunene som kun hadde administrativ forankring hadde 58 % forankret tilbudet på rådmannsnivå og 42 % på fagnivå. Oppstart av tilbudet som prosjekt synes dermed å være godt forankret i kommunene.

Fra Tabell 23 så vi at kun 31 % av kommunene hadde etablert hverdagsrehabilitering som fast tilbud per oktober 2015. For de øvrige var tilbudet på dette tidspunktet fortsatt et utprøvingsprosjekt. De fleste kommunene hadde startet opp prosjektet i 2013 (11 stk.) og 2014 (22 stk.). Det tar tid å få forankret tilbudet i fast drift. Hverdagsrehabiliteringen skal få på plass sin egen interne organisering, personalsammensetning, kompetanse, nødvendig opplæring og tilbudet skal finne sin plass i samspillet med det øvrige kommunale helse- og omsorgstilbudet. Disse prosessene har vi beskrevet utførlig i resultatkapittelet fra de kvalitative intervjuene med ansatte og kapittelet om modeller og organisering. I tillegg til å få på plass slike faglige og organisatoriske forhold i prosjekt- og utprøvingsfasen, skal kommunene ta en beslutning om tilbudet faktisk skal fortsette eller ikke. Da må det vedtas politisk og komme inn på kommunens ordinære driftsbudsjetter. Blant kommunene som hadde besluttet videreføring til fast drift oppga de fleste at overgangen skulle skje i første del av 2016 (Tabell 25). Likevel er det uklart om dette er en intensjon eller om beslutningen er politisk forankret og budsjettmessig innplassert.

HVA HEMMER OG FREMMER IMPLEMENTERING I ORDINÆR DRIFT?

Det er ingen automatikk i at prosjektsatsningen faktisk videreføres og finner sin plass innenfor ordinær drift. Her er det flere «skjær i sjøen». Et kjernepunkt er i hvor stor grad prosjektet har lyktes med å få støtte i politisk og administrativ ledelse, og dermed blitt ledelsesmessig forankret. Dette var ifølge respondentene mye betinget av hvor gode resultater prosjektet kunne vise til og hvordan det maktet å formidle disse resultatene. Det er videre innlysende at innplassering av tilbudet på de ordinære driftsbudsjettene er et tilsvarende kjernepunkt som er avgjørende for implementeringen. Det er ingen enkel sak å få plass nye tilbud i et hardt presset kommunebudsjett og flere kommuner synes å være tvunget til å drive hverdagsrehabilitering innenfor hjemmetjenestenes og fysio- og ergoterapitjenestens ordinære økonomiske rammer. For disse må da hverdagsrehabiliteringsoppgavene gjøres i

tillegg til de ordinære oppgavene, hvilket vil være utfordrende.

Andre vesentlige forhold som hemmer eller fremmer implementering i ordinær drift er hvor langt man er kommet i å integrere hverdagsmestringstenkningen i hjemmetjenestene og i andre kommunale enheter, og hvor langt man er kommet med å integrere hverdagsrehabilitering som praktisk tilbud i hjemmetjenestene.

Hjemmetjenesten utgjør den største virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og det er en omfattende oppgave å integrere både tenkningen og tilbudet for dette personalet, herunder gi nødvendig opplæring og kompetanseheving. I dette integrerings- og implementeringsarbeidet er det, som vi tidligere drøftet i diskusjonskapittelet, av grunnleggende betydning at rehabiliteringstradisjonen og pleietradisjonen har respekt for hverandres oppgaver, ulikheter og egenart for å unngå konflikter.

Et annet forhold som vil spille inn på utbredelsen av hverdagsrehabilitering fremover, vil sannsynligvis være fastlegenes kjennskap til tilbudet og deres involvering. Dernest tror vi at en tydeligere forskningsmessig dokumentasjon på at hverdagsrehabilitering virker, også vil bidra til videre utbredelse.

3.6 STYRKER OG SVAKHETER VED EVALUERINGENS DEL 1

Hovedresultatmålet i den klinisk kontrollerte studien er utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter. Dette er et personspesifikt mål som lar hver bruker velge og gradere aktiviteter som hun eller han vurderer som viktige å utføre i dagliglivet (35). Bruk av COPM fanger opp aktiviteter som personen selv har definert. En kan dermed si at "støyen" som vanligvis er tilstede i standardiserte vurderingsredskaper er redusert. Teoretisk kan man da forvente at COPM har potensialet til å være mer sensitiv for å kunne fange endring og effekt av hverdagsrehabilitering. Videre blir de prioriterte aktivitetene brukt som et grunnlag for å utvikle rehabiliteringsmål. Dermed fremmes kommunikasjonen og personen får en aktiv rolle i rehabiliteringsprosessen.

Hverdagsrehabilitering er en kompleks intervensjon bestående av flere komponenter. Det er derfor avgjørende å sikre mest mulig samsvar mellom utfallsmålene og innholdet i intervensjonen. Det er derfor en styrke i studien at flere sekundære effektmål er inkludert fordi studien da har potensiale til å fange opp andre effekter i tillegg til hovedutfallsmålet COPM, som for eksempel utfallsmålene mestring og psykisk helse.

Det er en styrke at studien foregår i naturlige settinger. Det betyr at overførbarheten eller generaliserbarheten av både praktisk gjennomføring og potensielle effekter av hverdagsrehabilitering til andre lignende kommuner eller settinger, er høy. At deltakerne i den klinisk kontrollerte studien er en heterogen gruppe fra alle deler av landet, styrker også generaliserbarheten.

I et eksperimentelt design er styrken til å oppdage årsakssammenhenger sterkere enn i kontrollerte studier. I denne følgeevalueringen har ikke fordelingen av deltakere til kontroll -og intervensjonsgruppen vært randomisert. Dermed er det større sjanse for at deltakerne er forskjellige i gruppene, hvilket også viste seg å være tilfelle i denne studien. Ved oppstart rapporterte intervensjonsgruppen høyere motivasjon for rehabilitering enn kontrollgruppen. Dette er ikke overraskende siden en del kommuner rapporterer at de kun inkluderer deltakere i hverdagsrehabilitering som har en viss grad av motivasjon. I tillegg kan det å delta i et nytt rehabiliteringsopplegg skape

ekstra motivasjon av mange årsaker. Dette kan være fordi det er spennende å delta i noe nytt og en kan også bli inspirert av helsepersonellet som kan formidle forventning om at dette vil skape resultater. Å være motivert er et godt utgangspunkt fordi det skaper positive forventninger. Det er noe usikkert om de som vurderte deltakere til kontrollgruppen har anvendt samme krav til motivasjon som de som rekrutterte deltaker til intervensjonsgruppen. Imidlertid rapporterte intervensjonsgruppen gjennomgående lavere verdier på de kliniske målene aktivitetsutførelse og tilfredshet med utførelse (COPM) enn kontrollgruppen ved oppstart, mens det ikke var noen signifikante forskjeller på oppstart på helserelatert livskvalitet, fysisk funksjon, mestring (SOC) og psykisk helse (MHC). Det faktum at de var signifikant lavere på hovedutfallsmålet på oppstart kan tyde på at deltakerne i kontrollgruppen generelt hadde et høyere funksjonsnivå enn intervensjonsgruppe og at det dermed kan ha skjedd en seleksjonsskjevhet. I tillegg er der en større spredning på (jamfør konfidensintervall på COPM) på alle måletidspunkt. Det er også en noe ulik fordeling på helseutfordringer på gruppene. Dette betyr at deltakerne i de to gruppene er ulike på noen områder og det er derfor en større usikkerhet knyttet til resultatene enn det hadde vært om dette hadde vært en randomisert kontrollert studie. Det er midlertid en styrke at vi har kontrollert for forskjellene mellom gruppene på oppstart på utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter og de andre vurderingsredskapene i effektanalysene.

Videre synes inklusjons- og eksklusjonskriterene å være praktisert noe ulikt fra kommune til kommune (Jamfør kapittel 2.5). Det faktum at noen kommuner har rekruttert relativt mange deltakere mens andre har rekruttert relativt få, underbygger blant annet dette (vi ser da bort fra kommunestørrelse). Noen kommuner har praktisert kriteriene mye strengere og det er ikke så uventet siden kriteriene er generelle og gir rom for skjønn.

En annen utfordring, som er påpekt i flere andre studier, er at kartleggingsintervjuet ved oppstart med bruken av COPM og skåringsprosessen kan ha en terapeutisk effekt, uavhengig av den kommende intervensjonen (72, 73). COPM intervjuet kan fremme bevisstgjøring og motivasjon, og således kan en endringsprosess også ha startet i kontrollgruppen og kan dermed ha minsket forskjellen mellom kontroll- og intervensjonsgruppen.

Som tidligere beskrevet kan kommunene som er kontrollkommuner ha hatt en større interesse for hverdagsrehabilitering enn normalt er, og kan dermed være noe annerledes enn kommuner som ennå ikke har vurdert hverdagsrehabilitering. Det at deltakere og ansatte i kommunene har benyttet samme spørreskjema som hverdagsrehabiliteringsgruppen, kan ha medført endring i praksis.

Kommunene i følgeevalueringen fikk egne tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for å prøve ut modeller for hverdagsrehabilitering og fikk således delfinasiert etableringen. På dette punktet representerer de ikke andre kommuner som etablerer tilbudet kun fra egne midler.

I den økonomiske analysen er det ikke innhentet data om hvorvidt hverdagsrehabilitering innebærer økte utgifter knyttet til møtevirksomhet og planleggingsarbeid, for eksempel i forbindelse med tverrfaglige møter og utarbeidelse av rehabiliteringsplaner. Eventuelle forskjeller mellom hverdagsrehabilitering og standard tjenester på dette punktet vil kunne innvirke på de økonomiske resultatene. For å vurdere langtidseffekter av hverdagsrehabilitering, skulle vi optimalt observert gruppene lengre enn det som var mulig i denne studien. Slik resultatene fremstår nå, er det etter seks måneder ingen forskjeller i kostnader. Det betyr at fremskrivelse av kostnader, ikke ville endret resultatene. Det kan tenkes at besparelser for kommunene kommer lengre frem i tid, men dette var umulig å avdekke innenfor tidsrammen til dette prosjektet.

Siden ukeregistreringen av kommunenes kostnader er registrert manuelt og at det er estimerte timesatser, knytter det seg en noe usikkerhet angående grad av nøyaktighet i registreringen og utregning av disse data. Spørsmålet om hverdagsrehabilitering utsetter behovet for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester, og de økonomiske konsekvensene av dette på lang sikt er vanskelige spørsmål å svare entydig på. Helseeffekten i favør av hverdagsrehabilitering på de fleste effektmålene ved seks måneder er tydelige. Forskjellene etter tolv måneder er imidlertid færre. Vi har heller ikke tilstrekkelige opplysninger om driftskostnader etter seks måneder som gjør at vi kan konkludere sikkert om økonomiske langtidseffekter.

De vanligste årsakene til frafall var forverrelse i helsetilstand og/eller innleggelse på sykehjem. Det kan således ha skjedd en seleksjonseffekt. Imidlertid har vi så langt det var etisk forsvarlig og mulig, oppfordret til at deltakerne svarte på spørreskjemaene (intention to treat analysis) selv om deltagerne ble innlagt på sykehjem eller av andre grunner frafalt fra intervensjonen. Imidlertid viste frafallsanalysen at det ikke var noen forskjell på oppstart på utførelse og tilfredshet (COPM) mellom de som svarte på ti uker og de som ikke svarte.

I den nettbaserte spørreundersøkelsen som omhandler økonomiske konsekvenser for kommunene, var svarprosenten på 46%. Den lave svarprosenten kan skyldes at kommunene opplevde spørsmålene som vanskelige eller uforholdsmessig tidkrevende. Sett i lys av at det nå er økende fokus på evaluering (og forskning) av tiltak i kommunene, kan det være en utfordring at det for flere kommuner kreves betydelig arbeidsinnsats å fremskaffe enhetspriser for tjenester som tilbys i store omfang. Riktige enhetspriser er en viktig faktor for å forstå kostnader ved ulike tiltak, og hvor mye som må omfordeles eller komme som ekstra tilskudd for å gjennomføre nye tiltak. For at kommunene skal kunne vurdere lønnsomhet av nye tiltak, som hverdagsrehabilitering, krever det gode indikatorer på ressursinnsats per deltaker og tjeneste.

Ansatte i sju kommuner er blitt intervjuet om ulike erfaringer med hverdagsrehabilitering. Dette er en begrenset del av det totale antall kommuner som har vært med i følgevalueringen, men kommunene som er valgt ut har gjennomført hverdagsrehabilitering i forhold til 283 deltakere. De har således et relativt bredt erfaringsgrunnlag. Videre har 37 personer som har deltatt i dette arbeidet gitt uttrykk for erfaringer og synspunkter gjennom gruppeintervjuene. Individuelle intervju med fire helsefagarbeidere gir et svært begrenset datagrunnlag. Disse ga imidlertid nyttige innspill fra ulike roller og posisjoner de hadde som henholdsvis hjemmetrenere, medlem av et hverdagsrehabiliteringsteam og som ansatt i den ordinære hjemmetjenesten.

Selv om vi altså har intervjuet noen ansatte i den ordinære hjemmetjenesten som hadde en begrenset funksjon i hverdagsrehabiliteringen, så er det flere andre parter i og utenfor kommunene vi ikke har intervjuet. Dette gjelder fastleger, ledere i koordinerende enheter, helse- og omsorgsledere, rådmenn og representanter for sykehusavdelinger og ambulerende rehabiliteringstjenester. Egne intervjuer med kommunale leder og politikere kunne gitt verdifulle data. Samtidig kan en si at ledere på ulike nivåer hadde vært aktive for å få etablert hverdagsrehabilitering. Sånn sett må en regne med at disse også har interesse av erfaringer en har gjort seg i prosjektet. Uansett, dette er en svakhet i forhold til å kunne besvare mer utdypende spørsmålene om faglig forsvarlighet, utilsiktede konsekvenser og om innføringen av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av det helhetlige kommunale rehabiliteringstilbudet. Ved å inkludere flere av disse partene ville vi kunnet besvare disse spørsmålene grundigere.

At intervensjonen implementeres i samsvar med de generelle prinsippene for hverdagsrehabilitering og at prosedyrene for datainnsamlingen blir fulgt, er grunnleggende for studiens

reliabilitet. Dette er en stor utfordring tatt i betraktning det store antall kommuner og helsearbeidere som er involvert. I tillegg er et av prinsippene i hverdagsrehabilitering individuell skreddersøm. Intervensjonen varierer fra person til person og mellom kommunene. Det er derfor viktig at helsepersonell har fått god nok opplæring, trening og informasjon. For å sikre etterlevelse av prosedyrene har alle kommunene fått opplæring. Videre har vi forsikret oss om at når helsepersonell slutter i jobben, så har deres stedfortreder fått tilstrekkelig trening både i intervensjonen og datasamlingsprosedyren. I tillegg har prosjektleder hatt regelmessig kontakt med hver kommune for å sikre etterlevelse av prosedyrene. Dette sikret at hvordan intervensjonen skulle foregå er forstått og fremmet internalisering og at datainnsamlingsprosedyrene er fulgt. Prosjektleder har også sjekket alt mottatt datamateriale fortløpende for å tidlig kunne oppdage misforståelser og data som ikke er utfylt og sørget for at det er blitt rettet opp om mulig. På bakgrunn av beskrevne tiltak synes reliabiliteten i studien å ha vært god.

4. KONKLUSJON DEL 1

Dette er den forskningsstudien om hverdagsrehabilitering som inkluderer flest kommuner, både nasjonalt og internasjonalt. Funnene i følgeevalueringen viser at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og delvis for helserelatert livskvalitet i et seks måneders perspektiv. De signifikante forskjellene blir imidlertid frem mot tolv måneder. Deltakerne i kontrollgruppen hadde også bedring, men bedringen var størst blant dem som fikk hverdagsrehabilitering.

Det har vært vesentlig at tilbudet er forankret på ledernivå i kommunene og at det er etablert tverrfaglige team som arbeider eksplisitt med rehabilitering. Funnene tyder på at det kan være gunstig å tilby hverdagsrehabilitering til grupper med et forholdsvis lavt funksjonsnivå, men som er vurdert til å ha et rehabiliteringspotensial. Funnene viser også at verken ulikheter i organisasjonsmodell, varighet og intensitet gir signifikante utslag på effekt i form av bedret utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter.

Den økonomiske delen av studien viser at kontrollgruppen og hverdagsrehabiliteringsgruppen har om lag like kostnader i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten, målt ved helserelatert livskvalitet og QALYs, er bedre for hverdagsrehabilitering. Når effekter og kostnader vurderes samtidig i kost- effektanalysen, er kostnaden pr. QALY om lag 65 000 kroner, et forholdstall som er lavere enn andre tiltak som vurderes å være kostnadseffektive. Forventet gjennomsnittskostnad for en person som inkluderes i hverdagsrehabilitering er om lag 975 kr i ett seks måneders perspektiv. Når vi tar høyde for variasjonen i datamaterialet indikerer hverdagsrehabilitering å være bedre på kort sikt for brukerne, men kostnaden synes å være den samme. Siden vi kun har opplysninger om kostnadene knyttet til den direkte brukerrettede delen av tjenesten, og ikke til administreringen av dem, medfører dette noe usikkerhet. I tillegg har vi ikke tilstrekkelige opplysninger om kostnadene etter seks måneder og vi kan

derfor ikke konkludere sikkert om langtidseffektene av innføring av hverdagsrehabilitering. Bedre helseeffekt i favør av hverdagsrehabilitering på noen sentrale effektmål også etter tolv måneder kan imidlertid føre til lavere kostnader for kommunene på lengre sikt. Dette bygger på antagelsen om at bedre helse kan utsette behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester.

Kommunene har valgt ulike organisatoriske modeller for og tilnærminger til hverdagsrehabilitering. Valgene synes å være preget av fornuftige lokale vurderinger tilpasset kommunens øvrige organisering, behov og størrelse. Ettersom tilbudene er nyetablerte, er de fortsatt under utforming og vi kan forvente endringer ettersom de gjør seg flere erfaringer. Innføring av hverdagsrehabilitering synes å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet overfor hjemmeboende eldre med funksjonsfall, men det er fortsatt usikkerhet knyttet til om satsningen innebærer en styrking av det totale rehabiliteringstilbudet i kommunene. Hovedgrunnen til dette er at vi ikke har data om satsningen har gått på bekostning av andre rehabiliteringstjenester i kommunene. Det gjenstår å se hvorledes kommunene lykkes med å implementere prosjektene og tenkningen i fast drift på lengre sikt. Det gjenstår også å se om hverdagsmestringstekningen sprer seg i de ulike tjenesteområdene, særlig til sentrale aktører som hjemmetjenestene og fastlegene. For å fremme implementering og unngå konflikter mellom tjenesteområder er det av vesentlig betydning at de har respekt for hverandres egenart, funksjoner og ulike målgrupper. Særlig gjelder dette forholdet mellom rehabiliteringstradisjonen i hverdagsrehabiliteringsteamene og pleietradisjonen i hjemmesykepleien.

Hovedkriteriene for hverdagsrehabilitering synes å være oppfylt i de fleste kommuner som har vært med i følgeevalueringen. Tverrfaglige, intensive, personsentrerte, målrettete opplegg er startet opp. I tillegg ser vi at effekten skjer på tvers av helseutfordringer. Dette bekrefter at hverdagsrehabilitering har et personsentrert heller enn diagnosefokusert utgangspunkt. I tillegg foregår rehabiliteringen i personens hjem og nærmiljø. Denne konteksten fremmer at tiltak gjennomføres i tråd med personenes behov. Både deltakere og ansatte fremhever at COPM er et viktig vurderingsredskap for å få frem ønsker og mål, og oppleve reell medvirkning i rehabiliteringen. Brukernes mål framstår som samlende og styrende for den tverrfaglige innsatsen i teamene. COPM er dessuten et viktig arbeidsdokument for vedtakskontoret som da kan forme vedtak ut fra brukers egne ønsker og behov.

Vi trenger flere større effektstudier på hverdagsrehabilitering for å kunne konkludere sikrere angående effekt generelt. Hverdagsrabilitering bør inkludere også personer med psykiske helseproblemer som en målgruppe og det er behov for forskning spesielt på denne gruppen. Hverdagsrehabilitering er et nytt tilbud i Norge. Det tar lengre tid før man kan fastslå om tilbudet har etablert seg som permanente tilbud i kommune-Norge. Kommunenes modeller og faglige tilnærminger har heller ikke «satt seg» ennå. Det vil være behov for både kvantitative randomiserte kontrollerte effektstudier og kvalitative studier om erfaringer fra flere aktører i og utenfor hverdagsrehabiliteringsteamene. Når hverdagsrehabilitering er etablert som et ordinært tilbud i kommune-Norge vil det være behov for mer forskning på modeller og organiseringer, hvilke hverdagsrehabiliteringstiltak som er mest virkningsfulle for ulike brukergrupper, økonomiske langtidskonsekvenser av satsningen og om satsningen faktisk bidrar til en styrking av det totale tjenestetilbudet i kommunene eller om den medfører utilsiktede konsekvenser og prioriteringer

DEL 2

– Hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming

1. METODE

1.1 OPPLÆRING AV HELSEPERSONELL

Her vises det til informasjon gitt i del 1, kapittel 1.2.

1.2 INTERVENSJON

Her vises det også til informasjon gitt i del 1, kapittel 1.3.

1.3 METODE FOR Å UNDERSØKE EFFEKTER AV HVERDAGSREHABILITERING

KOMMUNER OG UTVALG AV DELTAKERE

Totalt åtte kommuner av til dels mellomstor størrelse ga tilbud til personer med utviklingshemming, hvorav fire kommuner var involvert både i hovedstudien og i delstudien. To kommuner har intervensjonsgruppe og kontrollgruppe i ulike soner.

Inklusjonskriterier var som følger:

- Personen var vurdert til å ha nytte av hverdagsrehabilitering

TABELL 1: EN DETALJERT OVERSIKT OVER LOGISTIKK I STUDIEN

Oppstart	Intervensjon	Ti uker	Seks måneder	Tolv måneder
Pretest: T^1	Hverdagsrehabilitering	Posttest T^2	Posttest T^3 T^5	Post-test: T^4
Pretest: T^1	Kontrollgruppe med Standard tjenester	Posttest T^2	Posttest T^3	Post-test: T^4

$T^{1,2,3,4}$ COPM, SPPB, EQ-5D. $T^{1,2}$. Ansattes synspunkter på utfylling av COPM.

- Personen var over 18 år
- Personen var klar og orientert
- Personen var hjemmeboende (inkludert bor i bofellesskap)
- Personen hadde funksjonsfall eller står i fare for å få funksjonsfall

Eksklusjonskriterier (personen kunne ikke delta i forskningen dersom):

- Personen hadde behov for institusjonsbasert rehabilitering (dagbasert eller døgnbasert)
- Personen var i terminal fase
- Personen hadde allerede startet med hverdagsrehabilitering.

EFFEKTMÅL OG VURDERINGSREDSKAPER

Hverdagsrehabilitering er basert på en helhetlig tilnærming og ulike vurderingsredskaper er inkludert for å kunne undersøke om ulike mulige effekter. Som i del 1, er deltakerne vurdert ved oppstart, ti uker, seks måneder og tolv måneder.

SOSIODEMOGRAFISKE VARIABLER

Alder, kjønn, sivil status, bosituasjon, utdanning, diagnose, komorbiditet og motivasjon for rehabilitering ble kartlagt ved oppstart.

EFFEKTMÅL

Det primære effektmålet er som i hovedgruppen utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter målt ved COPM. Her kunne deltakerne svare på en alternativ skåringsmåte ved at en benyttet en skala som besto av fem smilefjes istedenfor den ti-graderte skalaen som hovedgruppen anvendte.

Videre har vi stilt følgende to spørsmål til ansatte angående bruken av COPM ved oppstart og ved ti ukers oppfølging og bedt de om å skåre på en skala fra 1 -10, der 10 er best:

- Hvordan synes du at det var å bistå deltaker med å fylle ut COPM?
- I hvilken grad er de utfylte aktivitetsmålene egnet som utgangspunkt for planlegging og evaluering av tiltak?

I tillegg ble Short Physical Performance Battery (SPPB) benyttet for å måle fysisk funksjon og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) for å måle helserelatert livskvalitet. For EQ-5D var det mulighet til å benytte fem smilefjes i stedet for fem-gradert og 100-gradert tallskala som en hjelp til å identifisere riktig tallverdi. Se Tabell 1 for en oversikt over måletidspunkter.

STATISTISKE ANALYSER

Deskriptiv statistikk er benyttet for å kunne gi en beskrivelse av sosiodemografiske og

kliniske variabler ved oppstart. Gjennomsnitt med standardavvik (SD), antall og prosenter er rapportert. Videre er effektmålene ved alle fire måletidspunkt beskrevet.
Siden utvalget var lite, var det liten sannsynlighet for at en kunne finne noen signifikante forskjeller mellom hverdagsrehabiliteringsgruppe og kontrollgruppe. I henhold til styrkeberegningen for COPM (se kapittel 1.3 i del 1), var det behov for langt større antall deltakere i begge grupper for å kunne oppdage statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Det ble derfor i stedet anvendt parrete t-tester for intervensjonsgruppen. Parrete tester vil si en gruppe blir sammenlignet med seg selv ved ulike måletidspunkt.

1.4 INTERVJU OM HVERDAGSREHABILITERING SOM ARBEIDSFORM OG TJENESTE

BAKGRUNN, UTVALG OG METODE

Det ble foretatt intervjuer i seks av de totalt åtte kommunene. Tjenester til personer med utviklingshemming er organisert som en egen tjeneste utenom ordinær hjemmetjeneste. Noen bodde i boenheter som hadde et tilnærmet døgnkontinuerlig tilsyn, noen fikk hjelp og oppfølging deler av døgnet og noen bodde desentralisert i egne boliger og klarte seg for det meste selv.

Kontaktpersonene, sammen med de som var mest involvert overfor de enkelte brukerne, valgte ut deltakere som kunne være aktuelle for rehabilitering.

Av ulike grunner ble det vanskelig å gjennomføre gruppeintervjuer med ansatte. Det ble derfor gjennomført intervjuer med en eller to personer sammen i hver kommune. Dette var vanligvis prosjektlederne og/eller de som hadde den daglige oppfølgingen av rehabiliteringen. Åtte personer ble intervjuet. Av disse var det seks vernepleiere, én helsefagarbeider og én ergoterapeut.

INTERVJUGUIDE

Det ble utarbeidet en intervjuguide som besto den av en del hovedpunkter (se under). Intervjuguiden tjente som en rettesnor, med hensikt å hente ut erfaringer fra de som hadde jobbet med hverdagsrehabilitering i kommunene. Det ble derfor i tillegg stilt en del oppfølgingsspørsmål. Hovedområdene i intervjuguiden var å få tak i erfaringer på følgende områder:

- Tanker og forventninger før oppstart, informasjon, undervisning, kvalifikasjoner og kompetanse.
- Organisering, herunder utvelgelse av deltakere.
- Bruk av COPM; hvordan fungerte det og deltakeres involvering i å definere mål.
- Rehabiliteringsplan og tiltak, og erfaringer/tanker om selve rehabiliteringsarbeidet/treningen.
- Effekter av rehabiliteringen; hva er bra/mindre bra og totalinntrykk.

ANALYSE AV INTERVJUENE

Analyse/vurdering av intervjuene ble gjort med utgangspunkt i Helsedirektoratets oppdragsbeskrivelse:

- Samsvarer det faglige innholdet med brukernes behov?

- Bidrar hverdagsrehabilitering til en styrking av rehabilitering i samsvar med sentrale føringer, lover og forskrifter?
- Kan det være utilsiktede konsekvenser?

Analysen ble gjennomført i form av en hermeneutisk tilnærming (53-55). Det vil si å ha oppdragsbeskrivelsen i bakhodet og der en gjennom intervjuene søkte å få en utvidet forståelse for hvordan hverdagsrehabilitering kan praktiseres ut fra de erfaringer som er gjort gjennom prosjektet. Det vil si:

- Analyse i intervjusituasjonen.
- Transkribering av intervjuene kombinert med en innholdsmessig gjennomgang for å få et helhetsinntrykk.
- Gjennomlesing av alle intervjuene for å identifisere temaer.
- Ny gjennomlesing for å identifisere hovedtema.
- Ny gjennomlesing for å identifisere og avgrense undertemaer som underbygger hovedtemaene.
- Tolkning og drøfting nedskrives som resultat som eksemplifiseres med utsagn.
- Konklusjoner trekkes og nedskrives i eget avsnitt.

2. RESULTATER

2.1 BESKRIVELSE AV DELTAKERNE

Utvalget besto av 46 personer hvorav 39 personer var i hverdagsrehabiliteringsgruppen og åtte i kontrollgruppen. Gjennomsnittsalder var 37 år, begge kjønn var likt representert og bortimot alle deltakere hadde sivil status som enslig. Gjennomsnittlig ganghastighet på over 1.0 meter/sekund viser at utvalget er innenfor normalområdet for fysisk funksjon i henhold til SPPB-manualen (57). Se beskrivelse av utvalg Tabell 2.

Totalt fire personer ble spurt og takket nei til å delta i undersøkelsen. Begrunnelsen var at de ikke ønsket eller at det ble for mye. Åtte personer trakk seg fra undersøkelsen underveis, syv personer i intervensjonsgruppen og en person i kontrollgruppen, noe som gir et samlet frafall på 8.5%. Fem personer ønsket ikke mer kartlegging, en person hadde for dårlig helsetilstand, en person ønsket ikke å delta lenger og for en person vet man ikke årsaken til at vedkommende trakk seg.

For 22 personer utgjorde selve utviklingshemmingen den største helseutfordringen og de fleste hadde én helseutfordring i tillegg (se Tabell 3).

TABELL 2: BESKRIVELSE AV UTVALGET VED OPPSTART

	Hele utvalget N=46	Intervensjons-gruppe N=39	Kontrollgruppe N=8
Alder, gjennomsnitt (SD), spredning	37.1 (15.7). 19-74	35.7 (15.9). 19-74	43.9 (13.1). 27-63
Kvinne, antall (%)	23 (49.0)	21 (54)	2 (25)
Sivil status: Gift, antall (%)	-	-	-
Sivil status: Samboer, antall (%)	1 (2.1)	1 (2.6)	-
Sivil status: Enslig, antall (%)	45 (95.7)	27 (94.9)	8 (100)
Sivil status: Enkemann/ enke, antall (%)	1 (2.1)	1 (2.6)	-
Sivil status: Skilt/separert, antall (%)	-	-	-
Bor alene, antall (%)	36 (80)	30 (81.1)	6 (75)
Utdanning, antall med høyere utdanning (%)	-	-	-
Uføretrygdet/arbeidsavklaring, antall (%)	37 (78.7)	29 (74.4)	8 (100)
Uførelse av daglig aktivitet (COPM), skala 1-0, 10 er best	4.91 (2.00)	4.43 (1.67)	7.23 (1.92)
Tilfredshet med daglig aktivitet (COPM), skala 1-10, 10 er best	5.16 (2.03)	4.74 (1.86)	7.14 (1.67)
4 meter gangtest (meter/sekund) (SPPB), gjennomsnitt (SD)	1.05 (1.16)	1.08 (1.26)	O.88 (0.33)
Motivasjon for rehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	7.64 (2.66)	7.8 (2.7)	7.1 (2.5)

TABELL 3: STØRSTE HELSEUTFORDRING OG ANDRE HELSEUTFORDRINGER VED OPPSTART

Største helseutfordring, antall (%)	Hele utvalget N=47	Intervensjons-gruppe n=39	Kontrollgruppe n=8
Utviklingshemming	22 (46.8)	18 (46.2)	4 (50)
Annet	12 (25.5)	9 (23.1)	3 (37.5)
Synsproblemer/øyesykdom	4 (8.5)	3 (7.8)	1 (12.5)
Svimmelhet/ problem m balanse	3 (6.4)	3 (7.8)	-
Hjertesykdom	2 (4.3)	2 (5.1)	-
Diabetes	2 (4.3)	2 (5.1)	-
Psykisk lidelse	2 (4.3)	2 (5.1)	-
Antall andre helseutfordringer, median (standardavvik), spredning	1 (1.4). 0-8	1 (1.5). 0-8	0 (1.4). 0-4

2.2 SAMLET BESKRIVELSE AV EFFEKTER AV HVERDAGS-REHABILITERING

Grunnet lavt deltakertall spesielt i kontrollgruppen, ble det ikke foretatt signifikanstester av forskjeller mellom gruppene ved de ulike oppfølgingstidspunktene. Det ble derimot foretatt parrete t-tester for intervensjonsgruppen. Tabeller som viser forskjeller mellom gruppene er plassert i vedlegg 4.

Tabell 4 viser en samlet fremstilling av effekter av for hverdagsrehabiliteringsgruppen. Som det fremgår av tabellen er det signifikant bedring i hverdagsrehabiliteringsgruppen på noen av effektmålene (markert med plusstegn). Det er spesielt for utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter at hverdagsrehabilitering har effekt og at effekten holder seg i et langsiktig perspektiv. Videre viser oversikten av hverdagsrehabiliteringsgruppen har signifikant bedring på noen av dimensjonene av fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet ved et par av måletidspunktene bedring.

2.3 DETALJERT BESKRIVELSE AV EFFEKTER AV HVER-DAGSREHABILITERING

UTFØRELSE OG TILFREDSHET MED DAGLIGE AKTIVITETER

Tabell 5 (vedlegg 6) viser en beskrivelse av de ulike måletidspunktene for utførelse og tilfredshet målt med COPM for intervensjons -og kontrollgruppen.

Resultatene av de parrete t-testene fremgår av Tabell 6. Tabellen viser gjennomsnitt forskjell i sumskår for utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter mellom de ulike måletidspunktene for hverdagsrehabiliteringsgruppen. Det er signifikante forskjeller mellom alle måletidspunktene både for utførelse og tilfredshet, hvilket betyr at gruppen som mottok hverdagsrehabilitering har hatt bedring over tid.

Når det gjelder svar på spørsmål til ansatte (n = 46) om bruken av COPM, skåret de i

TABELL 4: SAMLET OVERSIKT OVER EFFEKTER I HVERDAGSREHABILITERINGSGRUPPEN
✚ = statistisk signifikant bedring, ▬ = ingen statistisk signifikant

Effektmål	Måletidspunkt		
	Ti uker	Seks måneder	Tolv måneder
Daglige aktiviteter (COPM)			
Utførelse	✚	✚	✚
Tilfredshet	✚	✚	✚
Fysisk funksjon (SPPB)			
Balanse	▬	▬	▬
Gange	▬	▬	▬
Reise/sette seg	▬	▬	▬
Totalskår	▬	✚	▬
Helserelatert livskvalitet (EQ-5D)			
Gange	▬	▬	▬
Personlig stell	▬	▬	▬
Vanlige gjøremål	▬	▬	▬
Smerter/ubehag	▬	▬	▬
Angst/depresjon	✚	▬	✚
Total helseskår (VAS)	✚	▬	▬

TABELL 6: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITTSSKÅR PÅ TILFREDSHET OG UTFØRELSE AV DAGLIGE AKTIVITETER (COPM) FRA OPPSTART OG TIL TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER FOR HVERDAGSREHABILITERINGSGRUPPEN

Måletidspunkt	Gjennomsnitt forskjell sumskår	95% KI*		p-verdi
Utførelse, skala 1-10, 10 er best				
Ti uker - oppstart	2.38	1.61	3.15	0.001
Seks måneder - oppstart	2.37	1.51	3.23	0.001
Tolv måneder – oppstart	2.05	1.03	3.07	0.001
Tilfredshet, skala 1-10, 10 er best				
Ti uker - oppstart	2.58	1.70	3.45	0.001
Seks måneder - oppstart	2.64	1.67	3.61	0.001
Tolv måneder – oppstart	1.75	0.74	2.76	0.002

*KI = konfidensintervall

gjennomsnitt 6 ved begge måletidspunkt (skala 1-10,10 er best) på spørsmålet «Hvordan synes du at det var å bistå deltaker med å fylle ut COPM?» På det andre spørsmålet: «I hvilken grad er de utfylte aktivitetsmålene egnet som utgangspunkt for planlegging og evaluering av tiltak?», skåret de ansatte i gjennomsnitt 7 ved begge måletidspunkt (n=46).

FYSISK FUNKSJON

Resultatene kan tyde på at begge grupper har hatt en liten bedring i balanse, gange, reise/sette seg og totalskår målt med SPPB fra oppstart til ti uker, men at bedringen deretter gradvis ble redusert (se Tabell 7, vedlegg 6).

Resultater fra parrete t-tester ved ulike måletidspunkt for hverdagsrehabiliteringsgruppen, viser at det var ingen signifikante forskjeller på de ulike måletidspunkt verken på de tre deltestene eller totalskåren med ett unntak; Fra oppstart til seks måneder var det er signifikant forskjell på totalskår med gjennomsnittlig bedring på 0.69 (95% KI= 0.030, 1.34, p=0.04) (dette er kun fremstilt i kapittel 2.3, Tabell 4).

HELSERELATERT LIVSKVALITET

Tabell 8 (vedlegg 6) viser en beskrivelse av begge grupper når det gjelder gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon målt med EQ-5D på de ulike måletidspunktene.

Tabell 9 gir en oversikt over endringen i hverdagsrehabiliteringsgruppen basert på parrete t-tester. Tabellen viser at det var en signifikant bedring av angst/depresjon fra oppstart til ti uker med -0.29 (p=0.02, 95% KI= -0.55,-0.04) og fra oppstart til tolv måneder med -0.50 (p=0.05, 95% KI= -0.99, 0.01), men ikke fra oppstart til seks måneder med 0.033 (p=0.87, 95% KI= -0.45, 0.38). For de øvrige dimensjonene i EQ-5D, gange, personlig stell, vanlige gjøremål og angst/depresjon, var det ingen signifikante forskjeller mellom de ulike måletidspunktene.

Tabell 10 (vedlegg 6) beskriver total

helseskår (VAS) på ulike måletidspunkt for de to gruppene.

Parret t-test viser imidlertid at hverdagsrehabiliteringsgruppen hadde en signifikant bedring i total helseskår fra oppstart til ti uker med 8,81 poeng (95 % KI = 2,45, 15,19), p=0.008. Denne bedringen er ikke signifikant lenger verken på seks eller tolv måneder med p-verdi på henholdsvis 0.6 og 0.8.

TABELL 9: ENDRING I GJENNOMSNITTSKÅR PÅ DIMENSJONENE I EQ-5D VED OPPSTART OG VED TI UKER, SEKS MÅNEDER OG TOLV MÅNEDER FOR HVERDAGSREHABILITERINGSGRUPPEN

EQ-5D dimensjon (skår 1-5, 1 er best)	n	Gjennomsnitt forskjell	95% KI* for endring		p-verdi
Gange					
10 uker - oppstart	35	-0.114	-0.39	0.16	0.40
6 mnd - oppstart	31	-0.065	-0.30	0.16	0.57
12 mnd - oppstart	21	-0.095	-0.38	0.19	0.49
Personlig stell					
10 uker - oppstart	34	-0.086	-0.33	0.16	0.48
6 mnd - oppstart	31	0.00	-0.37	0.37	1.00
12 mnd - oppstart	21	0.143	-0.38	0.67	0.58
Vanlige gjøremål					
10 uker - oppstart	35	-0.286	-0.65	0.08	0.12
6 mnd - oppstart	31	-0.064	-0.54	0.401	0.78
12 mnd - oppstart	21	0.142	-0.27	0.56	0.48
Smerter/ubehag					
10 uker - oppstart	34	-0.118	-0.41	0.18	0.42
6 mnd - oppstart	30	-0.233	-0.58	0.12	0.18
12 mnd - oppstart	20	0.00	-0.40	0.40	1.00
Angst/depresjon					
10 uker - oppstart	34	-0.294	-0.54	-0.04	0.023
6 mnd - oppstart	30	-0.033	-0.45	0.38	0.87
12 mnd - oppstart	20	-0.44	-0.99	-0.01	0.047

*KI= konfidensintervall.

2.4 RESULTATER AV INTERVJUER MED ANSATTE OM ERFARINGER MED HVERDAGSREHABILITERING TIL PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

De seks kommunene har totalt hatt ansvar for tilbudet til 34 deltakere i hverdagsrehabiliteringsgruppen. I det følgende presenteres resultatet av intervjuene med de ansatte. Spørsmål som besvares handler om det faglige innholdet i hverdagsrehabilitering samsvarer med brukernes behov, om brukerne reelt har fått et rehabiliteringstilbud og om erfaringene er i samsvar med forsvarlige tjenester. Svaret på dette kan oppsummeres i følgende temaer:

- «Habilitering» - heller enn hverdagsrehabilitering.
- «Habilitering» til egen bolig.
- Manglende selvbestemmelsesferdigheter.
- COPM - et viktig og egnet vurderingsinstrument.
- Det tverrfaglig arbeidet krever bevissthet og oppmerksomhet.
- Forsvarlighet og gode resultater – betinget av god standard på rehabiliteringen.

«HABILITERING» - HELLER ENN HVERDAGSREHABILITERING

Selv om det ikke var et stort poeng i intervjuene, kom det frem at det er betegnelsen «habilitering» som benyttes overfor personer med utviklingshemming, ikke rehabilitering eller hverdagsrehabilitering. Dette ble blant annet begrunnet i at spesialisthelsetjenesten brukte betegnelsen habilitering overfor denne gruppen, og noen mente det var viktig å markere at dette var en helt annen gruppe enn vanlige brukere av hjemmetjenesten. Denne gruppen kunne ha behov for rehabilitering hvis det oppsto sykdom eller skader, men dette hadde ikke vært utfordringen for de aktuelle deltakerne.

«Nei vi snakker jo om habilitering da, habiliteringsmodellen, det er det vi gjør. Hvis noen får en funksjonsnedsettelse utenom det å ha en utviklingshemming, ulykke og slike ting for eksempel, så vil det egentlig være snakk om rehabilitering. I forhold til personer med psykisk utviklingshemming, så er det ikke det vi driver med».

«HABILITERING» TIL EGEN BOLIG

I nærmest alle intervjuene ble det referert til utfordringer i forhold til at personer med utviklingshemming skulle flytte fra foreldrehjemmet og etablere seg i egen bolig. Det kunne medføre helt andre krav fordi daglige rutiner, omsorg og hjelp kunne være nokså forskjellige fra det den enkelte hadde vokst opp med i foreldrehjemmet. Som en uttalte:

> «Når en kommer fra foreldrehjemmet til egen leilighet så er det hva som kreves av deg for å bo i egen leilighet. Det er mange krav til ferdigheter der som dukker opp».

Det var gode erfaringer med å trene på ferdigheter i livsløpsovergangen mellom foreldrehjemmet og egen bolig. Det var derfor avgjørende å gå inn intensivt i overflyttingsfasen ved at deltakerne ble utfordret på å trene på nye ferdigheter. Det var vanskeligere å ta tak i dette i ettertid.

MANGLENDE SELVBESTEMMELSESFERDIGHETER

Når deltakerne flyttet til egen bolig ble noen av foreldrene slitne og ønsket at andre overtok. I noen tilfeller kunne foreldrene fortsatt være en del av deltakernes liv på «godt og vondt». Det kunne være i form av støtte og hjelp, men også at deltakerne hadde en lojalitet både overfor foreldre og ansatte i tjenesten som kunne gå på akkord med deltakernes egne meninger og oppfatninger. De hadde på en måte innstilt seg på at andre bestemte over dem.

> «Fordi vi jobber med en gruppe som nødvendigvis ikke har selvbestemmelsesferdigheter. For det er jo en ferdighet som må trenes inn. Ja man har med mennesker å gjøre som ikke er vant å ha den rollen i eget liv».

Selv om ferdigheter i forhold til å ha egne meninger og oppfatninger selvsagt varierte fra person til person, så var det intervjupersonenes oppfatning at deltakerne generelt sett var tilbakeholdne med å hevde egne vurderinger. Dette kan skyldes alvorlighetsgrad av kognitive begrensninger, men kan også tilskrives lært hjelpeløshet. De ansatte som ble intervjuet var bevisste på utfordringen med å få tak frem deltakernes egne ønsker og meninger. Selv om medvirkningen ble utfordet, kan en ikke basert på intervjuene hevde at kommunene hadde en uforsvarlig drift i forhold til dette. COPM bidro imidlertid å fremme deltakernes egne ønsker, meninger og mål.

COPM - ET VIKTIG OG EGNET VURDERINGSREDSKAP

Kommunene var pålagt å bruke COPM som vurderingsredskap. Noen av dem som ble intervjuet uttalte at bruk av vurderingsredskapet innebar store utfordringer. Det ble begrunnet i at det ble for komplekst for noen deltakere. Å fylle ut skjemaet kunne derfor ta svært lang tid, og overfor noen kunne det være nødvendig å avbryte og gjenoppta kartleggingen senere. Selv om det ble brukt mye tid for å få frem deltakernes oppfatninger, var det likevel lett å påvirke deltakerne.

> «Det er så innmari lett å lede. Sier ikke at alle i denne brukergruppen er lette å lede, men det er min erfaring med dem at det å velge å bestemme noe, kan være veldig vanskelig».

Samtidig var det yngre deltakere med betraktelig mindre funksjonssvikt som hadde en mye bedre forståelse av instrumentet.

> «Vi kan også jobbe med en ung brukergruppe. De kan være veldig datakyndige slik at dette med skåring har vist seg enklere her enn i forhold til eldre. De kommer fra dataspillverden og det å skåre fra 1 – 10 er ganske naturlig for en del av dem».

Selv om gjennomføringen kunne være vanskelig overfor noen, ble det likevel gitt uttrykk for at COPM hadde sin klare verdi. Flere av intervjupersonene ga uttrykk for at de ønsket å benytte COPM fordi det fikk frem deltakernes egne ønsker. At deltakerne satte mål som var annerledes og overraskende i forhold til hva personalet tenkte, underbygget oppfatningen av at COPM hadde en viktig funksjon.

DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDET KREVER BEVISSTHET OG OPPMERKSOMHET

Å ha permanente tverrfaglig sammensatte team var vanskelig å få til fordi det var så få aktuelle deltakere. Enkelte kommuner hadde tanker om å knytte også denne gruppen opp mot hverdagsrehabiliteringsteamene som ellers betjente hjemmetjenesten. En annen måte å organisere dette på var å sette sammen grupper av ansatte internt i tjenesten. Det

kunne for eksempel være vernepleiere, helsefagarbeidere og/eller psykiatriske hjelpepleiere som fikk avsatt tid til spesielt å arbeide med «habilitering». Det medførte at en langt på vei kunne arbeide tverrfaglig. Samtidig var det tendenser til at «habiliteringen» enkelte steder ble gjennomført av kun én profesjon. I og med at «habiliteringen» noen steder var knyttet til få deltakere og få fagpersoner, så var det en bevissthet på at flere profesjoner burde være tilknyttet.

FORSVARLIGHET OG GODE RESULTATER – BETINGET AV GOD STANDARD PÅ «HABILITERINGEN»

Når det gjelder forsvarlighet var det de samme svarene i denne tjenesten som i hjemmetjenesten. Det vil si at dersom «habiliteringen» var i tråd med deltakernes ønsker og behov, så ble det også et mål på forsvarlighet. Samtidig var deltakernes ønsker og behov en ekstra utfordring i forhold til denne gruppen, og noen beskrev hvor lett det er og «trø over» i forhold til dette. For at etikken og forsvarligheten skulle ivaretas, var det derfor av betydning at «habiliteringen» hadde en faglig standard der krav og kriterier for dette ble fulgt og at COPM ble utført på en adekvat måte slik at deltakernes ønsker og behov ble ivaretatt.

Når det gjelder resultater, så var det et bestemt inntrykk at «habiliteringen» totalt sett hadde medført positive resultater. Det vil si at deltakerne hadde nådd egne mål som medførte mer selvstendighet og egenmestring, og mange var fornøyde. De som hadde en lett funksjonssvikt og de som var nye for de ansatte i tjenesten, viste størst resultater. Det kunne dreie seg om trening på huslige oppgaver som håndtering av vaskemaskin, oppvaskmaskin og rengjøring. For noen kunne det dreie seg om å trene på å ta buss og komme seg til jobben selv. For andre kunne det handle om å ta opp igjen hobbyer de hadde hatt tidligere og som kunne bidra til å øke deres livskvalitet.

> «Vi har veldig gode resultater, og det er veldig høy grad av økning av mestring. Vi har veldig gode tilbakemeldinger fra brukerne, de er kjempefornøyd, både de nye og de som har tjenester fra før. Vedtakstimene har gått ned betraktelig til en del i forhold til at de har mestret flere og flere ting selv. For eksempel en som aldri har laget seg mat og nå kan det»

3. DISKUSJON

3.1 I HVILKEN GRAD HVERDAGSREHABILITERING BIDRAR TIL ØKT EGENMESTRING OG SELVHJULPENHET?

UTFØRELSE OG TILFREDSHET MED DAGLIGE AKTIVITETER

Grunnet få deltakere, ble det ikke foretatt t-tester for å teste forskjeller i COPM sumskår mellom gruppene på de ulike oppfølgingstidspunktene når det gjelder personer med utviklingshemming. Det fremgår likevel av tabell 5 at kontrollgruppen, som i utgangspunktet var bedrefungerende, hadde ingen endring av betydning ved ti uker, seks måneder eller tolv måneder, verken når det gjelder utførelse eller tilfredshet med egen utførelse. Intervensjonsgruppen derimot, viste stor bedring i utførelse og tilfredshet fra oppstart til ti uker. Bedringen økte ytterligere ved tolv måneder. Parrete t-tester viser at bedringen i intervensjonsgruppen mellom de ulike måletidspunktene er signifikant for alle måletidspunkt, både for utførelse og tilfredshet. Bedringen er henholdsvis på 2.4, 2.4 og 2.1 poeng for de tre ulike måletidspunktene for utførelse og for tilfredshet på 2.6, 2,6 og 1.8 poeng. Selv om dette for fem av seks skår representerer en klinisk relevant bedring på over to poeng i henhold til COPM-manualen (35), er bedringen mindre enn for hovedgruppen av eldre personer (i del 1) hvor bedringen var over 3 poeng for fem av seks skår.

Dette betyr likevel at personer med utviklingshemming profitterer på hverdagsrehabilitering når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter og at effekten som er oppnådd holder seg over tid. Det er altså grunn til å anta at hverdagsrehabilitering bidrar til økt egenmestring og selvhjulpenhet også for denne gruppen. Men, igjen grunnet et lite utvalg, er det ikke mulig å fastslå om forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant i favør av hverdagsrehabilitering.

FYSISK FUNKSJON

Ganghastighet målt ved SPPB ved oppstart viser at denne gruppen er innenfor normalområdet, det vil si at de fysisk sett er mye bedrefungerende enn eldre personer i hovedgruppen. Resultatene for fysisk funksjon viser jevnt over beskjeden bedring i begge grupper på kort sikt, men reduksjon på lang sikt, med unntak av en signifikant bedring i totalskår for hverdagsrehabiliteringsgruppen fra oppstart til seks måneder. Personer med utviklingshemming har høyere skår på fysisk funksjon, men svakere bedring i fysisk funksjon enn eldre personer i hovedgruppen (del 1). Bedringen er under ett poeng og ikke klinisk relevant i henhold til testmanualen (57). Så når det gjelder effekt på fysisk funksjon, tyder resultatene på at personer med utviklingshemming ikke har like stort utbytte av hverdagsrehabilitering som eldre personer i hovedgruppen.

HELSERELATERT LIVSKVALITET

For helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D, viser resultatene stort sett en beskjeden bedring i de fem dimensjonene og for total helseskår frem til ti uker for både hverdagsrehabiliteringsgruppe og kontrollgruppe, men deretter en gradvis reduksjon. Interessant nok viser resultatene en signifikant bedring for hverdagsrehabiliteringsgruppen i dimensjonen angst/depresjon ved fra oppstart til ti uker og fra oppstart til tolv måneder. Tilsvarende var det en signifikant bedring i total helseskår fra oppstart til ti uker. En forklaring på dette kan være at økt mestring av daglige aktiviteter reduserer angst/depresjon og bidrar til bedret helse for denne gruppen. Disse resultatene må igjen tolkes forsiktig, da de ikke baserer seg på forskjeller mellom gruppene.

Også for helserelatert livskvalitet tyder resultatene på at eldre personer i hovedgruppen (del 1), har større utbytte av hverdagsrehabilitering enn personer med utviklingshemming.

EGNER COPM SEG FOR PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING?

Dette spørsmålet er delvis besvart gjennom resultater fra de kvalitative intervjuene med ansatte (se kapittel 3.3). Her fremgår det at selv om gjennomføringen kunne være vanskelig for noen personer med utviklingshemming, hadde COPM likevel en klar verdi, spesielt overfor yngre personer som gjerne vil være vant med å tallfeste en skår. Videre fikk COPM frem deltakernes egne ønsker, ofte for første gang. At deltakerne satte mål som var nye for personalet, underbygger oppfatningen av at COPM er nyttig også overfor denne gruppen.

I tillegg har ansatte besvart spørsmålet kvantitativt på en skala fra 1-10, hvor 10 er best (se kapittel 2.3). En gjennomsnittskår på henholdsvis 6 og 7 indikerer at ansatte mente at det var relativt greit å bistå deltaker med å fylle ut COPM, samt at aktivitetsmålene i COPM var relativt godt egnet som utgangspunkt for planlegging og evaluering av tiltak.

Oppsummert er erfaringene med COPM overfor personer med utviklingshemming gode, i det minste når det gjelder yngre personer med lett funksjonssvikt. Det må tas forbehold om at deltakerantallet i denne følgeevalueringen er relativt lite, så en undersøkelse i større skala vil være nødvending for eventuelt

å kunne komme med sterkere anbefalinger.

ANDRE ERFARINGER MED HVERDAGSREHABILITERING

Det at åtte til dels mellomstore kommuner bare klarte å rekruttere 38 personer til hverdagsrehabilitering over en periode på 1 år og tre måneder, kan tyde på at behovet for hverdagsrehabilitering ikke er så stort når det gjelder personer med utviklingshemming. Ved vurdering av innføring av hverdagsrehabilitering i en større skala overfor denne gruppen, er dette et viktig moment å ta med i betraktningen.

Som det fremgår av resultatene (kapittel 2.4) vil ikke ansatte benytte begrepet hverdagsrehabilitering overfor personer med utviklingshemming. Det kan ha en sammenheng med at det er lite typiske rehabiliteringsbehov å finne i denne gruppen, som funksjonsfall grunnet brudd, hjerneslag, leddgikt m.m. Den største helseutfordringen utgjøres av utviklingshemmingen i seg selv. For ansatte synes habiliteringsbegrepet derfor bedre å dekke denne gruppens behov. Det må imidlertid kunne karakteriseres som re/habiliteringsprosess når personer med utviklingshemming har behov for et målrettet, intensivt, helhetlig og individuelt tilpasset treningsopplegg i forbindelse med flytting fra foreldrehjemmet. Normalt vil en forvente at ungdommer har tilegnet seg ferdigheter som kreves ved å bo alene før de flytter ut. For ungdommer med utviklingshemming derimot, kan det tyde på at slike selvhjelpsferdigheter ikke er blitt stimulert nok i foreldrehjemmet eller at utviklingen av slike ferdigheter har vært forsinket av andre grunner.

For å konkludere, selv om ansatte ikke er fortrolige med å benytte hverdagsrehabiliteringsbegrepet overfor personer med utviklingshemming, så mener vi at det kan forsvares å benytte begrepet basert på de rehabiliteringsbehov, om enn mindre i omfang, som eksisterer i denne gruppen. Selv om de ansatte foretrakk begrepet habilitering, benytter vi heretter re/habiliteringsbegrepet som et kompromiss mellom de to tradisjonene. Det gjøres noen ganger i stedet for hverdagsrehabiliteringsbegrepet.

3.2 I HVILKEN GRAD ER HVERDAGSREHABILITERING EGNET FOR PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING?

SAMSVAR MED BRUKERNES BEHOV?

Denne diskusjonen baserer seg på intervjuene med de ansatte. Fagansatte kan ha en oppfatning av brukernes ferdigheter som nødvendigvis ikke helt stemmer med brukernes faktiske mestring. En del brukere har imidlertid ressurser til å mestre oppgaver som en ikke helt har kjent til tidligere. Det har følgelig blitt valgt ut deltakere som personalet har hatt en oppfatning av kan mer enn de viser i dagliglivet, og at de har ønsker og behov som ikke har kommet til syne. COPM har vist seg som et nyttig redskap til å ta tak i dette. Erfaringer viser at COPM bidrar til at brukerne blir utfordret til å komme med egne ønsker, synspunkter og behov, og erfaringer fra re/habiliteringen viser at det også skjer. Ikke minst bekreftes det av at brukerne kommer med ønsker som fagpersonene ikke kunne forutse på forhånd.

Det er opplevelser og aktiviteter som kan bety mye for den enkelte som er i fokus. Hos personer med en stor grad av funksjonssvikt

kan det å få være sammen med en hund en gang i uken være av stor betydning. Slikt betyr antagelig lite i forhold til reduksjon av hjelpebehov. På en annen side kan personer med relativt høy fungering oppnå full selvhjulpenhet i oppgaver som klesvask, oppvask og generell orden og renhold. Det kan medføre at personen kan greie seg helt uten hjelp fra kommunen. Selv om ikke alt bidrar til økt selvhjulpenhet, så kan begge deler bety mye for den enkelte.

Andre forhold av betydning er at en person med utviklingshemming, i tillegg til redusert evne til læring, kan ha ulike tilleggsvansker som autisme, epilepsi og sansehemminger som vanskeliggjør læring ytterligere. Et slikt sammensatt bilde medfører ofte store utfordringer for personen selv og familien. Dette medfører behov for et hjelpeapparat med sammensatt kompetanse og kapasitet til å forstå og møte disse utfordringene. Hvor stor funksjonsnedsettelsen er, hvilke muligheter en har for å utvikle sine evner og anlegg, og hvordan omgivelsene legges til rette for den enkelte, er viktige faktorer som vil påvirke re/habiliteringsprosessen. Personer med kogntive begrensinger og lærevansker trenger lengre tid for å tilegne seg nye ferdigheter (74). De kan videre streve med å opprettholde konsentrasjonen under en treningsøkt. Hvorvidt hverdagsrehabilitering egner seg for personer med utviklingshemming, vil blant annet være avhengig av hvorvidt teamet har en sammensatt kompetanse og lykkes med individuell pedagogisk tilrettelegging for å imøtekomme slike behov.

BIDRAR HVERDAGSREHABILITERING TIL Å STYRKE REHABILITERING I TRÅD MED SAMHANDLINGSREFORMEN, OG HVORDAN OPPFYLLES ANSVAR OG RETTIGHETER?

Tverrfaglighet i re/habiliteringstilbudet til personer med psykisk utviklingshemming var ikke like åpenbar som for hovedgruppen. Grunnen til det var at det var handlet om et betraktelig mindre antall brukere, slik at det ikke ressursmessig var forsvarlig å etablere egne team mer og mindre fristilt til slikt arbeid. Re/habiliteringen hadde med andre ord trekk av «særomsorg». Dermed var hverdagsrehabiliteringen i stor grad prisgitt lederne som tok initiativ til å etablere egne små lokale team av ansatte som kjente brukerne godt. De ansatte kunne ha ulike fagutdanninger og på den måten ble tverrfagligheten til en viss grad ivaretatt. Alternativt var hverdagsrehabiliteringsteamene tilknyttet den ordinære hjemmetjenesten som også ble ansvarlige for personer med utviklingshemming. Samtidig viser erfaringer fra hjemmetjenesten at når flere profesjoner samarbeider om re/habilitering, så oppleves tverrfagligheten som en stor ressurs og avgjørende viktig. I enkelte kommuner var det etablert et samarbeid om dette. Slikt samarbeid krever at begge parter er bevisst på og utarbeider rutiner for samarbeidet, og utvikler en tverrfaglig arbeidsform. Dette vil bidra til å begrense faren for at personer med utviklingshemming havner på siden av hverdagsrehabiliteringen.

Utfordringen med det kunne imidlertid være at de ordinære hverdagsrehabiliteringsteamene i stor grad var somatisk orientert, mens personer med psykisk utviklingshemming ofte hadde utfordringer i en mer psykososial retning. Noen kommuner ønsket en integrering av hverdagsrehabiliteringsteamet kombinert med en mer habiliterende funksjon i forhold til personer med utviklingshemming.

Andre kommuner mente at personer med utviklingshemming hadde så spesielle behov at dette ikke lot seg kombinere.

Utover dette bidro habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten med spesialisert og tverrfaglig kompetanse både i forhold til generell kompetanseheving og i forhold til enkeltbrukere, men denne tjenesten var i liten grad direkte involvert i hverdagsrehabiliteringen. Det kan tyde på at kompetansen i spesialisthelsetjenesten kan utnyttes bedre.

UTILSIKTEDE KONSEKVENSER FOR DET HELHETLIGE REHABILITERINGSTILBUDET OG I TILFELLE HVILKE?

Det er ikke kommet frem noen opplysninger som tyder på at denne typen re/habilitering medfører utilsiktete konsekvenser for det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunene. Når det gjelder vurdering av faglig forsvarlighet, er det flere forhold som bør tas i betraktning (14). I re/habiliteringen slik de ansatte beskrev det tas det *utgangspunkt i brukers helhetlige, individuelle behov og mål om best mulig funksjons- og mestringsevne*. De ansatte *bistår brukeren i å optimalisere selvstendighet og deltakelse*. Tjenesten er *planlagt og målrettet*, og *ansatte samarbeider både i planlegging, gjennomføring og evaluering*. Slik vi ser det kan tilbudet totalt sett representere en styrking av rehabiliteringstilbudet overfor gruppen. Siden denne formen for re/habilitering fremmer selvstendighet og deltakelse, kan en tvert imot hevde at fravær av re/habilitering fremstår som uforsvarlig.

Når det gjelder tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, kan det imidlertid tyde på at re/habiliteringen ikke fungerer optimalt i slikt henseende. Det samme gjelder for medvirkning, hvor brukernes manglende selvbestemmelseferdigheter kan tyde på at kommunene har vansker med å følge opp nasjonale mål hvor det fremgår at bruker skal involveres i valg og vurderinger og kunne påvirke utformingen av tjenestetilbudet (4). Av den grunn er det ekstra gunstig at bruken av COPM viser seg å medføre en styrking av brukernes selvbestemmelse.

I del 1 trakk vi i diskusjonskapittelet fram de faglige kulturforskjellene som kan ligge i rehabiliterings- versus pleietradisjonen, blant annet ved å henvise til Kari Martinsen uttrykk «vekstomsorg» versus «vedlikeholdsomsorg» (71), og betydningen av respekt for tjenestenes ulikheter og egenart. Også mellom habilitering- og rehabiliteringstradisjonen kan det være ulike faglige ståsted og kimer til konflikter når tradisjonene møtes. For å styrke rehabiliterings- og mestringstekning i habiliteringstjenestene og et godt samarbeid er det også her av avgjørende betydning at tjenestene har respekt for ulikhetene i hverandres egenart og funksjoner.

3.3 STYRKER OG SVAKHETER VED EVALUERINGENS DEL 2

Den største svakheten ved den kvantitative evalueringen var at antallet deltakere i oppfølgingsstudien var lavt og at det var spesielt få deltakere i kontrollgruppen. Dette medførte at det ikke kunne foretas signifikanstester for å undersøke forskjeller i helseeffekter mellom gruppene. Ulempen ved et lite utvalg er at det er større grad av usikkerhet knyttet til konklusjonene i del 2.

For den kvalitative delens vedkommende, var det største svakheten at det var kun ansatte knyttet til hverdagsrehabilitering som ble intervjuet. Intervju med ledere og personell i

spesialisthelsetjenesten, med kommunalsjefer og med ansatte i kommunal habiliteringtjeneste som ikke ga tilbud om hverdagsrehabilitering, kunne ha tilført materialet mer kritiske innspill for eksempel hva angår faglig forsvarlighet og utilsiktete konsekvenser for andre målgrupper. Gruppen av åtte ansatte som ble intervjuet var også liten. Erfaringsgrunnlaget deres var imidlertid basert på 34 av totalt 38 deltakere i hverdagsrehabiliteringsgruppen. Intervjuene bar følgelig preg av at intervjupersonene hadde god kjennskap til re/habiliteringen som var utført og deltakernes situasjon.

4. KONKLUSJON DEL 2

Dette er så vidt oss bekjent den første publikasjon noensinne når det gjelder hverdagsrehabilitering overfor personer med psykisk utviklingshemming. Slikt sett kan denne følgeevalueringen betraktes som nybrottsarbeid. Denne delstudien besto av 46 personer med psykisk utviklingshemming fordelt på 38 i intervensjonsgruppen og åtte i kontrollgruppen.

Grunnet et lite utvalg og mangel på en sammenlignbar kontrollgruppe med et tilstrekkelig antell deltakere, ble det ikke foretatt signifikanstester mellom gruppene, men kun parrete t-tester for gruppen som deltok i hverdagsrehabilitering. Vi vektlegger derfor bare utviklingen for den gruppen i resultater, diskusjon og konklusjon. Resultater basert på COPM viser at personer med utviklingshemming har utbytte av hverdagsrehabilitering når det gjelder utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter med en signifikant bedring på over to poeng ved de fleste måletidspunktene. Bedringen holder seg også over tid. Studien indikerer at hverdagsrehabilitering bidrar til økt egenmestring og selvhjulpenhet også for personer med utviklingshemming.

Når det gjelder fysisk funksjon, viser resultatene jevnt over beskjeden bedring på kort sikt, men en reduksjon på lang sikt, med unntak av en signifikant bedring i totalskår fra oppstart til seks måneder.

For helserelatert livskvalitet, viser resultatene stort sett en beskjeden bedring i fire av de fem helsedimensjonene og for total helseskår en signifikant bedring frem til ti uker, men deretter en gradvis reduksjon. Det var imidlertid en signifikant bedring i dimensjonen angst/depresjon fra oppstart til ti uker og fra oppstart til tolv måneder.

Det at åtte til dels mellomstore kommuner bare klarte å rekruttere 38 personer til hverdagsrehabilitering, kan tyde på at behovet for hverdagsrehabilitering ikke er så stort eller at behovet ikke avdekkes når det gjelder personer med utviklingshemming.

I denne delstudien er åtte ansatte i seks kommuner intervjuet om deres erfaringer med re/habilitering overfor personer med psykisk

utviklingshemming. Det er spesielt èn livsløpsovergang som er aktuell i forhold til personer med psykisk utviklingshemming, nemlig når de flytter til egen bolig for første gang. Dette bør utløse et re/habiliteringsopplegg der den enkelte kan få hjelp til å trene på ferdigheter for å oppnå bedre egenmestring. Dersom dette ikke gjøres i overgangsfasen, kan det være vanskeligere å få gjort noe med i ettertid. For at personer med utviklingshemming skal oppnå god mestring i egen bolig kan det være nødvendig med tverrfaglig innsats utover det som er tiltenkt som daglig og nødvendig hjelp. I tillegg kan det være nødvendig med tverrsektoriell innsats der blant annet skole, arbeid og/eller habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten bidrar.

Erfaringer viser at personer som er nye for ansatte i tjenesten og de som har en relativt lett grad av utviklingshemming, som har mest nytte av re/habiliteringen.

Personer med psykisk utviklingshemming kan ha større vansker enn andre til å uttrykke egne ønsker og behov. COPM er følgelig ekstra aktuelt overfor denne gruppen i og med at COPM bidrar til å få frem brukernes egne oppfatninger, ønsker og mål. Noen kan ha vansker med å forholde seg til vurderingsredskapet grunnet sterk grad av utviklingshemming, men erfaringer generelt viser gode erfaringer med bruken av COPM.

Det tverrfaglige samarbeidet fremstår i en viss grad utydelig. Det kreves bevissthet og planmessig organisering for å sikre at re/habiliteringen fremstår helhetlig, herunder at den baseres på at flere ulike profesjoner samarbeider. En måte å fremme dette på er å knytte re/habiliteringen til hverdagsrehabiliteringsteamene. En annen måte er å etablere egne tverrfaglige re/habiliteringsgrupper innad i habiliteringstjenesten. I begge tilfellene er respekt for ulikheter i tjenestenes fagtradisjoner og egenart avgjørende for å lykkes.

Re/habiliteringen fremstår som forsvarlig dersom den blir gjennomført systematisk, med tverrfaglig kompetanse og på bakgrunn av selvbestemmelse og deltakelse. Tjenesten vil imidlertid profittere på større grad av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Oppsummert tyder resultatene på at personer med utviklingshemming har utbytte av hverdagsrehabilitering når det gjelder utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. COPM later til å være et egnet vurderingsredskap overfor mange i denne gruppen, spesielt fordi det bidrar til at brukers egne mål identifiseres. Hverdagsrehabilitering synes å være en egnet rehabiliteringsform som styrker re/habiliteringstilbudet overfor personer med utviklingshemming med lettere funksjonssvikt. Selv om ansatte ikke er fortrolige med å benytte hverdagsrehabiliteringsbegrepet overfor personer med utviklingshemming, så kan det forsvares å benytte begrepet basert på de re/habiliteringsbehov, som eksisterer i denne gruppen.

REFERANSER FOR DEL 1 OG DEL 2

1. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
2. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
3. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
4. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (2011).
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
6. Wade D. Rehabilitation - a new approach. Part two: the underlying theories. Clin Rehabil. 2015;29(12):1145-54.
7. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Oslo: WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet; 2001.
8. WHO World report on disability. Geneva; 2011. Report No.: Contract No.
9. Playford E, Siegert R, Lewack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabiliation: a conference report. Clin Rehabil. 2009;23(4):334-44.
10. Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. Clin Rehabil. 2011;25.
11. Levack W, Taylor K, Siegert R, Dean S, McPherson K, Weaterall m. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Clin Rehabil.

2006;20(9):739-55.

12. Wade D. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Clin Rehabil. 2009;23(4):291-5.

13. Bovend`Eerdt TJ, Botell RE, Wade D. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehabil. 2009;23(4):352-61.

14. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.

15. Tuntland H, Ness N, (red.). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk 2014.

16. Holte HH, Ranheim T, Flottorp S. Effekt av rehabiltering på deltaking sosialt og i samfunnet. Rapport fra Kunnskapssenteret. 2009. Report No.: Contract No.

17. Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF, Drummond AE. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: A systematic review. Clin Rehabil. 2015:1-13.

18. Legg L, Gladman J, Drummond A, Davidson A. A systematic review of the evidence on home care reablement services. Clin Rehabil. 2015:1-9.

19. Lewin G, Vandermeulen S. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health Soc Care Com. 2010;18(1):91-9.

20. Winkel A, Langberg H, Waehrens EE. Reablement in a community setting. Disabil Rehabil. 2015;37(15):1347-52.

21. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2002;287(16):2098-105.

22. Tuntland H, Aaslund M, Espehaug B, Førland O, Kjeken I. Reablement in community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2015;15(146):1-11.

23. Lewin G, De San Miguel K, Knuiman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D. A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. Health Soc Care Com. 2013a;21(Jan):69-78.

24. Parsons JGM, Sheridan N, Rouse P, Robinson E, Connolly M. A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. Arch Phys Med Rehab. 2013;94(6):1015-22.

25. Parsons J, Rouse P, Robinson EM, Sheridan N, Connolly MJ. Goal setting as a feature of homecare services for older People: does it makes a difference? Age Ageing. 2012;41:24-9.

26. King AI, Parsons M, Robinson E, Jorgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. Health Soc Care Com. 2012;20(4):365-74.

27. Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuiman M, Boldy D, Hendrie D. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians

randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. Health Soc Care Com. 2014;22(3):328-36.

28. Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. Clin Interv Aging. 2013;8:1273-81.

29. Pettersson C, Iwarsson S. Vardagsrehabilitering - en kunskapsöversikt. (In English: Reablement - a literature review). Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (In English: The Swedish Association for Occupational Therapists); 2015. Report No.: Contract No.

30. Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. Ann Intern Med. 2013;158(3):200-7.

31. Langeland E, Tuntland H, Førland O, Aas E, Folkestad B, Jacbosen F, et al. Study protocol for a multicenter study of reablement in Norway. BMC Geriatr. 2015;15(111):1-9.

32. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version). 4 ed. Oslo: National advisory unit on rehabilitation in rheumatology. Diakonhjemmet Hospital; 2008.

33. Kjeken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. Arthritis Rheum. 2004;51(5):709-15.

34. Kjeken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol. 2005;32(8):1503-9.

35. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version). 5 ed. Oslo: NKRR National advisory unit on rehabilitation in rheumatology; 2015.

36. Kjeken I. Participation, involvement and functional assessment in rheumatology care. Oslo: University of Oslo; 2006.

37. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. Can J Occup Ther. 2004;71(4):210-22.

38. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, van Kuyk-Minis MA. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clin Rehabil. 2003;17(4):402-9.

39. McNulty M, Beplat A. The validity of using the Canadian Occupational Performance Measure with older adults with and without depressive symptoms. Phys Occup Ther Geriatr. 2008;27(1):1-15.

40. Guralnik J M, Simonsick EM, Ferruci K. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with welf-reportet disability and prediction of mortality and nursing home admission. Journal of Gerontology. 1994;49(2):M85-94.

41. Freiberger E, De Vreede P, Shoene D, Rydwik E, Mueller C, Frändin K, et al. Performance-based physical function

in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. Age Ageing. 2012;41(6):712-21.

42. EurolquolGroup T. Euroquol - a facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16:199-208.

43. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. Qual Life Res. 2005;14(7):1651-68.

44. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. San Fransisco: Jossey-Bass; 1987.

45. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005;59(6):460-6.

46. Feldt T, Lintula H, Suominen S, Koskenvuo M, Vahtera J, Kivimaki M. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. Qual Life Res. 2007;16(3):483-93.

47. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Am Psychol. 2007;62(2):95-108.

48. Langeland E, Robinsion HR, Larsen MH, Moum T, Wahl AK. Mental health among people with psoarisis undergoing patient education in climate therapy. Scand J Psychol. 2013;54:508-14.

49. Kvamme MK, Lie E, Kvien TK, Kristiansen IS. Two-year direct and indirect costs for patients with inflammatory rheumatic joint diseases: data from real-life follow-up of patients in the NOR-DMARD registry. Rheumatology (Oxford). 2012;51:16181626.

50. Manca A, Hawkins N, Schulper MJ. Estimating mean QALYS in trial-based cost-effectiveness analysis: The importance of controlling for baseline utility. Health Econ. 2005;14(487-496).

51. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

52. Krueger A, Casey M. Focus groups. A practical guide for applied research. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 200.

53. Alvesson M, Skjølberg M. Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research. London: Sage; 2002.

54. Gadamer H. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter (2003-oversatt av Helge Jordheim). Oslo: Cappelen; 2003.

55. Krogh T. Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.

56. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical prinsiples for medical research involving human subjects. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2013;310:2191-4.

57. Bergh S, Lyshol H, Selbæk G, Strand BH, Taraldsen K, Thingstad P. Short Physical Performance Battery (SPPB) Norge [Available from: http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiWvKbGwoPLAhVFFg8KHeqRCSYQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Flegeforeningen.

no%2FFagmed%2FNorsk-geriatrisk-forening%2FGeriatrisk-test--og-undervisningsmateriell%2Ftester-og-registreringsskjemaer%2FShort-Physical-Performance-Battery%2F&usg=AFQjCNGVKmw54k8MO9djbC-Dezg4BB9Hq5Q&sig2=NeBgoCoeRqQwsZXtUdFDLw&bvm=bv.114733917,d.ZWU.

58. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Oslo: Riksrevisjonen; 2012. Available from: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf.

59. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2015.

60. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Regjeringen; 2015. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf.

61. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Meld.St.26 2014-15, Oslo: Regjeringen; 2015. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf.

62. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Regjeringen; 2013.

63. Hansen E, Kjellberg J, Eskelinen L, Ibsen R, Fuglsang T. Målgrupen for rehabilitering til hverdagsaktiviteter. København: Socialstyrelsen; 2013. Report No.: Contract No.

64. Hjelle KM, Tuntland H, Førland O, Alvsvåg H. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. Health & Social Care in the Community [Internet]. 2016:[n/a-n/a pp.]. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12324.

65. Hansen EB, Eskelinen L, Rahnbæk MØ, Helles JN. Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering. KORA, København: KORA; 2015. Report No.: 9788775097821 Contract No.

66. Stortingsmelding 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.

67. Dale B, Folkestad B, Førland O, Hellesø R, Moe A, Sogstad M. Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015 [Rapport]: Senter for omsorgsforskning; 2015. Available from: http://hdl.handle.net/11250/2375415.

68. Tingvold L, Romøren TI. Evaluering av omsorgsplan 2015. Tjenestenes innhold og fordeling: Senter for omsorgsforskning; 2015. Available from: file:///C:/Users/ofr/Downloads/Rapport5_15_web.pdf.

69. Helse- og omsorgsdepartementet. Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Regjeringen; 2009.

70. Socialstyrelsen. Rehabilitering på ældreområdet. Inspirasjon til kommunal praksis Odense2014 [

71. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. [Oslo]: TANO; 1989.

72. Sturkenboom IH, Graff MJ, Hendriks JC, Veenhuizen Y, Munneke M, Bloem BR, et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. Lancet neurol. 2014;13(6):557-66.

73. VanLeit B, Crowe TK. Outcomes of an occupational therapy program for mothers of children with disabilities: impact on satisfaction with time use and occupational performance. Am J Occup Ther. 2002;56(4):402-10.

74. Tuntland H. En innføring i ADL. Teori og intervensjon. 2.utgave: Cappelen Damm Høyskoleforlaget; 2011. 301 p.

75. Feng V, Devlin N, Shah K, Mulhern B, van Hout B. New Method of Modelling EQ-5D-5L Value Sets: An Application to Englsh Data. England: Office of Health Economics Research; 2016.

VEDLEGG

VEDLEGG 1:
ABSTRACT IN ENGLISH - PART ONE

BACKGROUND

Despite substantial growth in the implementation of reablement in Norway in recent years, there is limited evidence of its effectiveness. Due to allocations in state budgets during the years 2013-2015, funds were granted to develop and implement models of reablement. Based on specifications in the state budgets, the Norwegian Directorate of Health wanted information about the effects of and models for reablement and, to this end, enlisted the Centre for Care Research, Western Norway (Bergen University College) and CHARM (University of Oslo) to evaluate the outcomes of reablement implementation in all municipalities who received grants.

RESEARCH QUESTIONS

The assignment from the Norwegian Directorate of Health encompassed five research questions:

6. To what extent does reablement contribute to increased coping and independence in users of home-based services?
7. What are the economic effects for the municipalities?
8. Do some of the models appear to be more useful than others for achieving the goals?
9. To what extent are demands for medically justifiable services and good practice taken into account?
10. To what extent have reablement

programs been implemented
as a part of regular service?

METHODS

This was a large multi-centre trial involving 43 municipalities and various methodological approaches. The first part was a clinical controlled trial in which the intervention group received reablement and the control group received usual care. The participants were assessed at baseline, and again at 10 weeks, 6 months and 12 months follow-up. Five different instruments were used to capture various effects of reablement: the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), in which performance of daily activities and satisfaction with that performance were measured (main outcome); the Short Physical Performance Measure Battery (SPPB) to measure physical function; the European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) to measure health-related quality of life; the Sense of Coherence Questionnaire (SOC -13) to measure coping related to experiences of coherence in life; and the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF) to measure positive mental health.

In order to investigate the economic effects at a municipal level, we firstly analysed costs per quality-adjusted life years (QALYs) measured by the EQ-5D. Secondly, we analysed costs associated with the utilisation of healthcare services based upon weekly usage of services related to reablement or usual care during 6 months, such as practical help, home-based nursing and physiotherapy. We also analysed cost data related to primary physicians, specialists, institution-based rehabilitation and hospital care. Moreover, we used public statistics from the Central Bureau of Statistics (KOSTRA) and a web-based investigation (Questback).

A questionnaire with open and closed questions concerning the models implemented, and the organisation of and experience with reablement as a service, was answered by 36 municipalities. The control group municipalities, which did not offer reablement services, did not participate in this part of the study. Moreover, a multi-level analysis was performed in order to examine whether choice of organisational model influenced performance of and satisfaction with performance in daily activities. In addition, in-depth interviews were undertaken with 37 healthcare providers in seven municipalities, mainly as group interviews.

The research was approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics for Western Norway.

RESULTS

Forty-three municipalities with a total of 833 participants were included in the study (712 in the intervention group and 121 in the control group). The participants were on average 78 years old, 2/3 were women and 2/3 were living alone. They had a range of health challenges, with fractures and dizziness being the most common. A walking test revealed that both the reablement group and the control group, on average, had a relatively low functional level.

Effects for users:

Performance of and satisfaction with performance in daily activities: The intervention group scored significantly higher on *performance of daily activities* at all measurement timepoints compared to the control group, at 10 weeks, 6 months and 12 months follow-up. With respect to satisfaction with performance, there was a significant difference in favour of reablement at 10 weeks and 6 months but not at 12 months. The effect on performance of and satisfaction with performance in daily activities was not dependent on the municipalities' choice of model for reablement.

Physical function: Regarding *physical*

function, there was a significant improvement in favour of reablement in terms of total score and sit-to-stand at all timepoints. For the subtests involving balance and walking, there were significantly better results for participants in the intervention group compared to the control group at 10 weeks and 6 months follow-up, but not at 12 months follow-up.

Health-related quality of life: Of the five dimensions, there was a significant effect in favour of reablement related to personal hygiene at all timepoints. Walking was significant at 10 weeks and 6 months follow-up, and usual activities at 6 months follow-up. Pain/discomfort and anxiety/depression showed no significant difference at any timepoint. Concerning total health score, there were significant differences in favour of reablement at the first two timepoints.

Coping: The results showed significant difference in favour of reablement at 6 months follow-up.

Positive mental health: There is a tendency to improvement in the reablement group at all timepoints compared to the control group. However the results showed no significant difference between the groups at any timepoint.

Economic effects for the municipalities: From the cost-effectiveness analysis we find that costs were nearly the same as usual care during the first 6 months. However, quality-adjusted life years (QALYs) were significantly higher. The cost per QALY was 65,000 Norwegian kroners - an amount that is considered well below that which is usually defined as cost-effective. Furthermore, the municipality's choice of reablement model did not have any effect on cost per QALY.

Organisational models: The implementation of reablement services at the municipal level was based on political decisions in the majority of the municipalities. The main target group was comprised of people experiencing functional decline. The programs most commonly implemented were "training related to daily activities most relevant at home", followed by "general physical exercise to strengthen muscles, balance or endurance" and "training related to daily activities most relevant outside the home". The average length of the rehabilitation period was 5.7 weeks, varying from 3 to 12 weeks. Sixty-four per cent of the municipalities reported that they provided follow-up visits after the period of rehabilitation. The municipalities chose different organisational models for reablement. The most common model was reablement integrated into the home-based services (42%), followed by reablement integrated into the model of specialists (36%) and reablement integrated into the rehabilitation services model (22%).

In most municipalities, the training of the participant and the development of a rehabilitation plan were done by an interdisciplinary team. Internal municipal cooperation was evaluated as very good by the leaders of the teams, while cooperation with primary physicians and hospitals was evaluated as poor. Furthermore, cooperation with those associated with regular home-based services was often challenging. There is a wide perception among the municipalities that the introduction of reablement contributes to a strengthening of the comprehensive rehabilitation services provided by the municipality. In October 2015, reablement was still classified as a project in 69% of the municipalities. However, most of them reported that they intended to make it a permanent service.

Interviews with employees: The organisation of reablement services by interdisciplinary teams was emphasised as crucial. The teams reported good experiences with the use of the COPM as a tool to clarify the aims for the rehabilitation, which activities were most important for the users, and what they wanted to practise. The aims functioned as a means to unify and steer the interdisciplinary work in the teams. Some teams, comprised of many employees, functioned largely as a department on their own. Although other teams were smaller, the teams consisted of at least three

different health professionals who collaborated with the home services regarding the rehabilitation. It was considered both important and necessary to have a close collaboration with the municipal service that receives and makes decisions about applications for reablement, in order to access applicants with a potential need for rehabilitation.

CONCLUSION

Both nationally and internationally, this study of reablement includes the largest number of municipalities ever undertaken. The study showed that reablement produced a significantly better effect for participants with respect to performance of and satisfaction with performance in daily activities, physical function, and health-related quality of life at 6 months follow-up, compared to usual rehabilitation/services. Although the differences between the intervention and control groups declined over time, the improvements for the reablement group compared to the control group concerning performance in daily activities, sit-to-stand, physical function (total score), and personal care, were still significant after one year. However, the results at 12 months follow-up were more uncertain, due to fewer participants particularly in the control group.

The investigation showed that usual care and reablement services cost about the same, but that the health effects were larger in favour of reablement. The fact that we only have information about costs related directly to user services and not to costs related to the administration of the services, entails that the results are a bit insecure. In addition, we have not sufficient cost information after six months. Hence, we are not able to conclude about the long-term effects of reablement. Although the costs are about the same after six months, improved health effects in favor of reablement on some important outcomes also after twelve months might contribute to lower costs for the municipalities in the long run. This is based on the assumption that better health effects might postpone the need of more comprehensive care services.

Our research suggests that the reablement programs largely fulfilled the central criteria (interdisciplinary, person-centered, intensive, goal-oriented) for rehabilitation. Furthermore, the results suggest that the setting up of interdisciplinary rehabilitation teams and the use of the COPM contribute to meeting the participants´ needs. One model for reablement did not seem to be any more useful than another with regard to the performance of and satisfaction with performance in daily activities or with regard to the costs per QALY. The municipalities´ choice of model did not have any significant effect on the performance of or satisfaction with performance in daily activities at an individual level. The choice of model seemed mainly to be an expression of sensible local adjustments within the municipalities.

The introduction of reablement seems to contribute to a strengthening of the rehabilitation services at the municipal level for older adults experiencing functional decline. However, the study cannot confirm with certainty that the municipal rehabilitation services in total are strengthened as we do not have data addressing whether this priority has been at the expense of other municipal rehabilitation services. It remains to be seen whether the muncipalities succeed in implementing reablement as a regular service in the long term. There is a need for more research on reablement, especially when several municipalities have reablement as a regular service. This includes both quantitative studies on the effect of reablement, studies to identify the specific elements of reablement that are effective, and qualitative studies on the experiences of users and providers in different roles.

VEDLEGG 2:
ABSTRACT IN ENGLISH - PART TWO

BACKGROUND

Large knowledge gaps concerning reablement of people with intellectual disabilities exist. In the assignment from the Norwegian Directorate of Health, it is stated that part of the grant shall comprise special measures targeted at people with intellectual disabilities. The Norwegian Directorate of Health sought insight into the effects of reablement for this group and enlisted the Centre for Care Research, Western Norway (Bergen University College) and Charm (University of Oslo) to evaluate the effect of reablement programs in eight municipalities who received this grant.

RESEARCH QUESTION

To what extent is reablement suitable for people with intellectual disabilities?

METHODS

This was a follow-up study where the intervention group received reablement and the control group received usual care. The participants were assessed at baseline and at 10 weeks, 6 months and 12 months follow-up. We used three different instruments to capture various effects of reablement: the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) to measure performance of and satisfaction with performance in daily activities; the Short Physical Performance Measure (SPPB) to

measure physical function; and the European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) to measure health-related quality of life.

Interviews with eight healthcare providers in six different municipalities were also conducted in order to gain insight into healthcare providers' experiences with reablement and whether the service was suited to people with intellectual disabilities.

The research was approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics for Western Norway.

RESULTS

The sample consisted of 46 people, of which 38 were in the intervention group and eight were in the control group. The participants were, on average, 37 years of age, both genders were equally represented, 80% lived alone and 80% received disability benefits. Almost half of the sample perceived the intellectual disability as their major health challenge.

Due to lack of a comparable control group with a sufficient number of participants, the testing of significant differences between the groups was not performed. The results presented are based on paired t-tests within the reablement group.

Performance of and satisfaction with performance of daily activities: The results show significant improvements in both performance of and satisfaction with performance in daily activities at all measurement timepoints. There is improvement of more than two points at most of the timepoints. These improvements were sustained in the longer term.

Physical function: The results show no significant differences at any timepoint.

However, one exception was seen in a significant improvement in total score from baseline to 6 months.

Health-related quality of life: The results show no significant changes between the various measurement timepoints, except for a significant improvement in the dimension anxiety/depression from baseline to 10 weeks and from baseline to 12 months follow-up. Furthermore, there was a significant improvement in total health score from baseline to 10 weeks.

Interviews with employees: The results from interviews with the healthcare providers show that the employees use the term "habilitation", not rehabilitation or reablement. Therefore, in this report, the term 're/habilitation' is used. This service is particularly relevant when younger people move from their childhood home to their own apartment/home for the first time. Many people with intellectual disabilities have limited self-determination skills; however, the COPM contributed to enhancing these. Although some have problems using the COPM, the overall impression was that the COPM was a useful and relevant tool. The healthcare providers` experiences show that the COPM identified new goals that had not emerged earlier. People with intellectual disabilities have a complex clinical presentation, which demands both holistic competence of their clinician and individual tailoring of their assessment and management. Few professions are employed in the re/habilitation services for people with intellectual disabilities. Hence, to introduce interdisciplinary teams to manage reablement programs represents a substantial organisational challenge. On the other hand, the potential for inter-sectorial collaboration and the available competence from hospital-based rehabilitation services appear to not be fully utilised.

CONCLUSION

To our knowledge, this is the first study ever concerning reablement for people with intellectual disabilities. The results suggest that people with intellectual disabilities benefit from re/habilitation, particularly when it comes to performance of and satisfaction

with performance in daily activities. Anxiety/depression was also reduced and total health was improved. Due to the lack of a comparable control group with a sufficient number of participants, the results must be interpreted with caution. It is uncertain how much of the improvement was due to re/habilitation, and how much to other factors.

The COPM appears to be a useful instrument for this group, in particular because it contributes to identification of the participants` own goals. The fact that eight mostly medium-sized municipalities only recruited 38 participants, suggests that either the demand for re/habilitation in this target group was modest or that the service was regarded as less relevant by the healthcare providers.

On the whole, reablement appears to be a suitable form of rehabilitation, which enhances re/habilitation services for people with mild intellectual disabilities. The inter-professional and inter-sectorial collaboration in the design and delivery of these services, however, needs to be strengthened.

VEDLEGG 3: MER UTFYLLENDE OM METODE I ØKONOMISK EVALUERING I DEL 1, KAPITTEL 1.4

HELSERELATERT LIVSKVALITET

For å vurdere effekten av hverdagsrehabilitering har vi benyttet det generiske måleinstrumentet for helserelatert livskvalitet (HRQoL), EQ-5D-5L. HRQoL måles på en skala fra 0 til 1, hvor 0 referer til død og 1 til perfekt helse. EQ-5D-5L er et preferansebasert mål, det vil si at det til hver helsetilstand er tillagt en vekt, som sier noe om hvor mye en helsetilstand skal vektes i forhold til andre tilstander. Det betyr at ulike områder og nivåer kan ha ulik vekt, som at det er verre å gå fra ingen til noen problemer for smerte/ubehag enn mobilitet. Vektene som anvendes i denne studien er hentet fra en engelsk studie (75). EQ-5D VAS måler total helseskår på en skala fra 0 til 100 (42). Data ved inklusjon er presentert i Tabell 29. Fra tabellen ser vi at HRQoL er noe lavere for deltakere i hverdagsrehabilitering enn for de i kontrollgruppen, for eksempel er reduksjonen i HRQoL for gange – 0,092 i kontrollgruppen og -0,102 for hverdagsrehabiliteringsgruppen. Ved inklusjon var total HRQoL skår høyere for kontrollgruppen (0,634) enn for hverdagsrehabiliteringsgruppen (0,601). Det betyr at ved inklusjon var deltakere i kontrollgruppen i bedre helsetilstand enn de i hverdagsrehabiliteringsgruppen. Dette ser vi også fra VAS-score som viser høyere verdi for kontrollgruppen (53,2) enn hverdagsrehabiliteringsgruppen (49,6)

TABELL 29: HELSERELATERT LIVSKVALITET MÅLT VED EQ-5D-5L, ETTER DIMENSJON BÅDE VED REDUKSJON I NYTTE (DISUTILITY), NIVÅ OG TOTALT, FOR HVER GRUPPE. ANTALL DELTAKERE I PARENTES

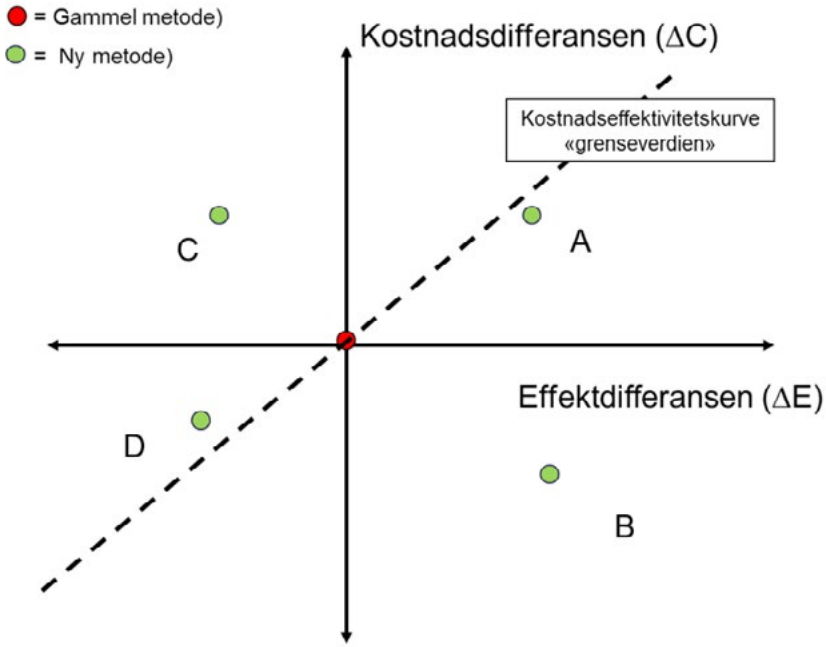
	Kontrollgruppe		Hverdagsrehabiliteringsgruppe	
EQ-5D ved inklusjon	HRQoL	Nivå	HRQoL	Nivå
Gange (121/696)	-0.092	2.7	-0.102	2.9
Personlig stell (121/697)	-0.048	1.9	-0.055	2.0
Vanlige gjøremål (121/696)	-0.103	2.8	-0.100	2.9
Smerte/ubehag (121/693)	-0.077	2.7	-0.085	2.7
Angst/depresjon (121/692)	-0.047	1.7	-0.057	1.9
Total helseskår / VAS skår (121/682-121/687)	0.634	53.2	0.601	49.6

ANALYSER AV KOST-EFFEKT

ICER kan også illustreres i en kostnadseffektivitetsplan, som vist i figur 8.

Kontrollgruppen er som referansebehandling plassert i skjæringspunktet mellom aksene, derfor er alle målinger differanser fra kontrollgruppen. Vi brukte den vertikale linjen til å representere kostnadsdifferansen (i forhold til kontrollgruppe) og den horisontale linjen til å representere effektdifferansen. Hvis hverdagsrehabilitering har høyere kostnader og bedre effekt enn standard tjenester, vil vi ha en tilpasning som A. Hvis hverdagsrehabilitering koster mindre og har mindre effekt ville den være lokalisert i D. Når et alternativ enten er i A eller C, vil det være en avveining om vi skal innføre tiltaket. Avveiningen avhenger av grenseverdien for en helsegevinst (QALY eller vunnet leveår). Når kostnadene og effektene medfører at hverdagsrehabilitering tilpasser seg i B, da er hverdagsrehabilitering en dominerende strategi, siden den medfører både lavere kostnader og høyere effekt. Hvis hverdagsrehabilitering er mindre effektiv og kostet mer (lokalisert i C), vil vi si at hverdagsrehabilitering er dominert av kontrollgruppen.

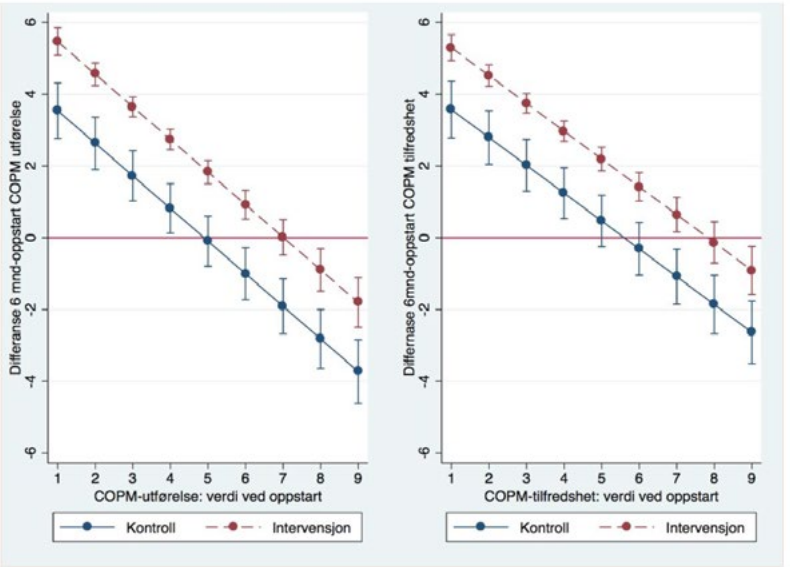
Punktene, som angitt i Figur 8, vil være gjennomsnittstall. For å være sikker på hva som skal anbefales, måtte vi vurdere usikkerheten i punktestimatene. Usikkerheten kan rapporteres for eksempel ved standardavvik og konfidensintervall, og vil gjenspeile variasjonen mellom deltakerne inkludert i denne studien relatert til helseeffekt og ressursbehov. For å analysere usikkerheten i denne studien, anvendte vi den ikke-parametriske metoden bootstrap. Bootstrap er en metode hvor man trekker nye utvalg, med tilbakelegging, med informasjon om kostnader og helseeffekter (ofte 1000 nye utvalg). For hvert av de 1000 utvalgene, estimeres gjennomsnittlige kostnader, gjennomsnittlige helseeffekter og kostnaden per vunnet QALY eller ICER. Dette kan plottes i en tilsvarende figur som Figur 8. Basert på plottet av de 1000 utvalgene, har vi også estimert cost-effectiveness acceptatbility kurve (CEAC), som viser samvariasjonen mellom sannsynligheten for at hverdagsrehabilitering er et kostnadseffektivt alternativ gitt ulike verdier for grenseverdien av en helsegevinst (QALYs).



FIGUR 8: KOSTNADSEFFEKTIVITETSPLAN*

*Kontrollgruppen er plassert i origo (rødt punkt). Det er fire områder i dette planet, illustrert ved fire punkter A til D. Hvis hverdagsrehabilitering koster mer og er mer effektiv, vil den plassere seg i A. For B er hverdagsrehabilitering en dominerende strategi (koster mindre og mer effektiv), i C blir hverdagsrehabilitering dominert av kontrollgruppen (koster mer og er mindre effektiv), mens en situasjon som i D, vil hverdagsrehabilitering være mindre kostbar, men er også mindre effektiv.

VEDLEGG 4:
MER UTFYLLENDE OM RESULTATER I DEL 1, KAPITTEL 2.3



FIGUR 9: DIFFERANSE MELLOM SEKS MÅNEDER OG OPPSTART COPM-SKÅRE. PREDIKERT SANNSYNLIGHETER ETTER COPM OPPSTART VERDI OG KONTROLL/INTERVENSJONSGRUPPE

UTFØRELSE OG TILFREDSHET MED AKTIVITET (COPM)

I Figur 9 under viser vi resultatene i form av predikerte sannsynligheter for hjemmeboende eldre personer. De predikerte sannsynlighetene er tall som sier noe om hvor sannsynlig det er at deltakerne skårer bedre eller dårligere på oppfølgingstidspunktet sammenliknet med verdi ved oppstart, kontrollert for oppstartverdien.

Figurens horisontale akse (x-aksen) viser deltakernes verdi ved oppstart. Har deltakeren verdien 9 betyr det at deltakeren skårer høyt i utgangspunktet. Hvis deltakeren har verdien 1 betyr det at en har en lav skåre i utgangspunktet. Figurens vertikale akse (y-aksen) viser deltakernes predikerte verdi der verdien på COPM målt ved seks måneder er trukket fra verdien på COPM målt ved oppstart (utgangspunktet). Er verdien positiv, betyr det at deltakeren har forbedret sitt COPM-mål. Er verdien negativ betyr det at en skåret bedre på oppstart enn på oppfølgingstidspunktet. Verdien 0 (som her er vist med heltrukket rød linje) betyr at det ikke er forskjell i COPM når der målt på henholdsvis oppstart og seks måneder. Prikkene i figuren viser den predikerte verdien på Y-aksen gitt verdien på X-aksen. De tilhørende strekene er konfidensintervallet og viser variasjonsbredden. Den rød stiplete linjen er verdiene for intervensjonsgruppen, mens den blå heltrukne linjen er kontrollgruppen.

Figuren viser klart at desto høyere skåre en har på oppstart, desto mindre forbedring blir det på COPM på seks måneder. Faktisk viser figuren at de som har en høy skåre på COPM ved oppstart, blir predikert til å få en lavere skåre på seks måneder. Rehabiliteringspotensialet er med andre ord best blant de som har en lav skåre på COPM ved oppstart. Samtidig viser figuren at intervensjonsgruppen ligger konsekvent høyere enn kontrollgruppen, når det gjelder forskjell i skåre på COPM mellom seks måneder og oppstart.

RESULTATER FRA FLERNIVÅREGRESJONSANALYSER

I tabellene nedenfor presenteres resultater fra samlete (multiple) regresjonsanalyser. At analysen er en flernivåanalyse vil si at vi skiller mellom ulike nivåer (individ- og gruppenivå). Enkelt forklart så er fordelen med flernivåanalyse at den kontrollerer for effekten av kommunetilhørighet, altså hvor mye av variasjonen knyttet til forbedring/forverring i helsetilstanden som kan skyldes kommunetilhørighet i seg selv. I våre modeller skiller

TABELL 30: RESULTAT FRA TOMME MODELLER MED FLERNIVÅANALYSE MED COPM TILFREDSHET OG UTFØRELSE SOM AVHENGIGE VARIABLER. (USTANDARDISERTE KOEFFISIENTER)

	COPM tilfredshet		COPM utførelse	
	10 uker - oppstart	6 mnd - oppstart	10 uker - oppstart	6 mnd - oppstart
Konstant	3.14***	3.12***	2.84***	2.85***
ICC	9.17	10.26	9.85	10.82
Antall individer	692	638	695	643
Antall kommuner	42	41	42	41

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, ~ p<0.10, ICC: Intraklassekorrelasjonskoeffisient.

vi mellom to nivåer: individer (nivå 1) og kommuner (nivå 2).

Det første steget i en flernivåanalyse er å undersøke hvor vidt tilhørighet til kommunene i seg selv har noen betydning for variasjonen individenes endrede verdier på oppstart og oppfølgingstidspunktene. I vårt tilfelle lurer vi altså på om hvilken kommune deltakere bor, har noe å si for hvorvidt en blir bedre eller ikke. Dette gjør vi ved å analysere en såkalt 'tom modell' der variasjonen i COPM blir testet opp mot kommunetilhørighet, og bare det (Tabell 30).

Det andre steget i vår analyse er å hente inn ulike forklaringsvariabler (både på individ og kommunenivå). Dersom den tomme modellen viser at kommunetilhørighet har en (signifikant) betydning inkluderer vi både individ- og kommunevariabler. Dersom den tomme modellen slår fast at kommunetilhørighet ikke har noen betydning, kan vi slå fast at trekk ved kommunene i liten grad forklarer variasjoner

Tabell 31: RESULTAT FRA MULTIPPEL FLERNIVÅREGRESJONSANALYSE MED COPM TILFREDSHET OG UTFØRELSE SOM AVHENGIGE VARIABLER. (USTANDARDISERTE KOEFFISIENTER)

	COPM tilfredshet		COPM utførelse	
	10 uker - oppstart	6 mnd - oppstart	10 uker - oppstart	6 mnd - oppstart
Konstant	4.32***	4.91***	4.53***	5.38***
Oppstartverdi COPM tilfredshet	-0.70***	-0.77***		
Oppstartverdi COPM utførelse			-0.80***	-0.91***
Kontroll versus intervensjon	1.48***	1.73***	1.76***	1.84***
Modell = hjemmetjeneste-integrert	-0.54	0.13	-0.84	0.39
Modell = spesialist	-0.71	0.13	-1.25	0.18
Modell = rehabiliteringstjeneste- integrert	-0.54	0.23	-0.87	0.34
Uker med HR	0.00	0.01	-0.03	-0.05
Intensitet = >to ganger daglig	0.68	-1.48	1.08	-1.68
Intensitet = to ganger pr dag	0.84	-0.22	1.15	-0.25
Intensitet = daglig	0.54	-1.10	0.78	-1.30
Intensitet = 3-4 ganger i uken	0.64	-0.65	0.78	-0.81
Intensitet = 1-2 ganger i uken	-0.16	-0.70	-0.16	-1.15
ICC	0,73	1,31	1,54	1,88
Antall personer	692	638	695	643
Antall kommuner	42	41	42	41

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, ~ p<0.10, ICC: Intraklassekorrelasjonskoeffisient.

TABELL 32: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITTSKÅR FOR SPPB FOR DE ULIKE DELTESTER OG TOTALSKÅR* VED OPPSTART, TI UKER, SEKS MÅNEDER OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON**

SPPB-dimensjon	Gruppe	n	Gjennom-snitt forskjell innad i gruppene	95% KI*** innad i gruppene		Forskjell mellom gruppene	95% KI*** mellom gruppene		p-verdi
Balanse									
10 uker - oppstart	Kontroll	109	0.12	-0.08	0.32	0.35	0.14	0.57	<0.001
	Intervensjon	573	0.48	0.38	0.56				
6 mnd - oppstart	Kontroll	96	0.05	-0.16	0.26	0.38	0.15	0.60	<0.001
	Intervensjon	529	0.42	0.33	0.51				
12 mnd - oppstart	Kontroll	52	0.11	-0.19	0.41	0.16	-0.17	0.48	0.336
	Intervensjon	278	0.28	0.14	0.40				
Gange									
10 uker - oppstart	Kontroll	109	0.11	-0.06	0.28	0.45	0.30	0.67	<0.001
	Intervensjon	570	0.59	0.52	0.67				
6 mnd - oppstart	Kontroll	96	0.16	-0.04	0.35	0.40	0.18	0.62	<0.001
	Intervensjon	529	0.55	0.47	0.64				
12 mnd - oppstart	Kontroll	51	0.29	0.02	0.56	0.18	-0.12	0.47	0.246
	Intervensjon	278	0.47	0.35	0.58				
Reise/sette seg									
10 uker - oppstart	Kontroll	109	0.11	-0.08	0.31	0.61	0.40	0.83	<0.001
	Intervensjon	569	0.72	0.64	0.81				
6 mnd - oppstart	Kontroll	96	0.25	0.03	0.47	0.46	0.22	0.70	<0.001
	Intervensjon	528	0.71	0.61	0.80				
12 mnd - oppstart	Kontroll	51	0.20	-0.13	0.53	0.48	0.13	0.84	0.008
	Intervensjon	278	0.69	0.55	0.83				
Totalskår									
10 uker - oppstart	Kontroll	109	0.34	-0.08	0.77	1.41	0.95	1.88	<0.001
	Intervensjon	574	1.76	1.57	1.94				
6 mnd - oppstart	Kontroll	96	0.43	-0.04	0.90	1.25	0.74	1.76	<0.001
	Intervensjon	530	1.68	1.48	1.88				
12 mnd - oppstart	Kontroll	52	0.49	-0.20	1.17	0.95	-1.70	-0.21	0.012
	Intervensjon	278	1.44	1.14	1.73		0.21	1.70	

*Poeng 0-4 for de tre deltestene og 0-12 for totalskår, høyest er best. **Signifikanstester på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med skåren på oppstart på henholdsvis balanse, gange og reise/sette seg som kovariat. Alle gjennomsnitt er justert for forskjellen mellom gruppene på oppstart. *** KI = konfidensintervall.

i deltakelsesmønsteret og at det primært er trekk ved individene som er avgjørende. I disse tilfellene vil vi bare inkludere individvariabler (og gjennomføre ordinære regresjonsanalyser).

I samtlige modeller viser at kommunetilhørighet kan forklare mellom 9% og opp mot 11% av variasjonen (dette ser vi av den såkalte intraklassekorrelasjonskoeffisienten ICC). Alle modellene tilsier at flernivåanalyse er en egnet analyseteknikk. Det er på grunnlag av tidligere analyser i rapporten grunn til å tro at mye av variasjonen knyttet til kommunenivå skyldes forskjeller mellom kontroll – og intervensjonskommuner.

Vi kan derfor holde frem med å benytte flernivåanalyseteknikken, og i neste tabell (Tabell 31) henter vi inn oppstartverdien som sier noe om utgangspunktet for deltakerne, hvor vidt deltakerne hørte til i kontroll -eller intervensjonskommuner, samt hvilke modeller som kommunene benyttet i hverdagsrehabilitering.

FYSISK FUNKSJON (SPPB)

Tabell 32 viser en beskrivelse av endring over tid for dimensjonene balanse, gange og reise/sette seg og forskjeller i totalsskår på de ulike måletidspunkt, gjennomsnittsskår på oppstart.

HELSERELATERT LIVSKVALITET (EQ-5D)

Tabell 33 er en beskrivelse av endring på de ulike dimensjoner i helserelatert livskvalitet justert for forskjeller i gjennomsnittskår på oppstart mellom intervensjons- og kontrollgruppe.

TABELL 33: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITTSSKÅR PÅ DIMENSJONENE I HELSERELATERT LIVSKVALITET VED OPPSTART, TI UKER, SEKS MÅNEDER OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

EQ-5D dimensjon (skår 1-5. 1 er best)	Gruppe	n	Gjennom-snitt forskjell innad i gruppene	95% KI** innad i gruppene Forskjell mellom grupper		Forskjell mellom grupper	95% KI** mellom gruppene		p-verdi
Gange									
10 uker -oppstart	Kontroll	103	-.19	-.29	.05	-.49	-.68	-.31	<0.001
	Intervensjon	579	-.61	-.68	-.54				
6 mnd – oppstart	Kontroll	97	-.20	-.38	-.01	-.37	-.57	-.17	<0.001
	Intervensjon	542	-.57	-.64	-.49				
12 mnd - oppstart	Kontroll	54	-.27	-.54	-.01	-.20	-.49	.09	0.169
	Intervensjon	288	-.48	-.59	-.36				
Personlig stell									
10 uker -oppstart	Kontroll	103	-.12	-.26	.01	-.36	-.51	-.22	<0.001
	Intervensjon	581	-.49	-54	-.43				
6 mnd – oppstart	Kontroll	97	-.16	-.32	.00	-.26	-.43	-.08	0.004
	Intervensjon	543	-.41	-.48	-.35				
12 mnd - oppstart	Kontroll	54	-.18	-.39	.03	-.25	-.48	-.02	0.030
	Intervensjon	289	-.43	-.52	-.34				

EQ-5D dimensjon (skår 1-5. 1 er best)	Gruppe	n	Gjennom-snitt forskjell innad i gruppene	95% KI** innad i gruppene Forskjell mellom grupper		Forskjell mellom grupper	95% KI** mellom gruppene		p-verdi
Vanlige gjøremål									
	Kontroll	103	-.26	-.62	.10				
10 uker –oppstart	Intervensjon	576	-.57	-.73	-42	-.31	-.70	.08	0.119
	Kontroll	97	-.34	-.54	-.15				
6 mnd - oppstart	Intervensjon	540	-64	-.72	-.56	-.30	-.51	-.08	0.007
	Kontroll	54	-.38	-.65	-.11				
12 mnd – oppstart	Intervensjon	290	-.64	-.75	-.52	-.26	-.56	.04	0.084
Smerter/ubehag									
	Kontroll	103	-.18	-.36	-.01				
10 uker - oppstart	Intervensjon	577	-.21	-.28	-.13	-.02	-.22	.17	0.819
	Kontroll	97	-.15	-.34	.03				
6 mnd – oppstart	Intervensjon	537	-.23	-.31	-.15	-08	-.28	.12	0.439
	Kontroll	54	-.21	-.46	.06				
12 mnd -oppstart	Intervensjon	287	-.23	-.34	-.12	-.02	-.30	.26	0.880
Angst/depresjon									
	Kontroll	102	-.26	-.39	-.13				
10 uker - oppstart	Intervensjon	573	-.13	-.18	-.07	.14	-.01	.28	0.065
	Kontroll	95	-.12	-.26	.03				
6 mnd – oppstart	Intervensjon	528	-.16	-.22	-.09	-.04	-.20	.12	0.628
	Kontroll	54	-.20	-.39	-.00				
12 mnd -oppstart	Intervensjon	282	-.19	-.28	-.11	.01	-.21	.22	0.961

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med henholdsvis gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon skåren på oppstart som kovariat. Alle gjennomsnittstall er justert for forskjellen mellom gruppene på oppstart på de ulike dimensjoner. **KI = konfidensintervall.

Tabell 34 viser en beskrivelse av endring på gjennomsnittsskår for helserelatert livskvalitet (EQ-5D) på ulike måletidspunkt, justert for oppstartskår.

MESTRING (SOC 13)

Tabell 35 viser en beskrivelse av endring på mestring i intervensjons- og kontroll-gruppe på de ulike måletidspunkt justert for oppstartsskår.

TABELL 34: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITTSSKÅR PÅ TOTAL HELSESKÅR VED OPPSTART AV HVERDAGSREHABILITERING OG TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

Måle-tidspunkt	Gruppe	n	Forskjell innad i gruppene	95% KI **innad i gruppene		Forskjell mellom gruppene	95% KI **mellom gruppene		p-verdi
10 uker – oppstart	Kontroll	107	2.31	-.98	5.59	6.06	2.48	9.64	0.001
	Intervensjon	571	8.37	6.95	9.79				
6 mnd – oppstart	Kontroll	97	2.27	-1.56	6.13	6.42	2.23	10.61	0.003
	Intervensjon	528	8.70	7.06	10.35				
12 mnd – oppstart	Kontroll	54	4.80	-.34	9.93	2.76	-2.84	8.36	0.33
	Intervensjon	282	7.55	5.31	9.80				

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med total helseskår på oppstart som kovariat. Alle gjennomsnittstall er justert for forskjellen mellom gruppene på oppstart.**KI = konfidensintervall. Skår fra 0-100, hvor 100 er best.

TABELL 35 BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITT SUMSKÅR PÅ SOC 13 VED OPPSTART OG TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

Måletids-punkt	Gruppe	n	Gjennom-snitt forskjell innad i gruppene	95% KI**		Forskjell mellom grupper	95% KI**		p-verdi
10 uker - oppstart	Kontroll	103	-.69	-2.49	1.10	1.20	-.77	3.16	0.23
	Intervensjon	539	.50	-.28	1.29				
6 mnd - oppstart	Kontroll	94	-1.79	-3.97	.39	2.38	0.01	4.76	0.049
	Intervensjon	496	.59	-.36	1.53				
12 mnd - oppstart	Kontroll	51	.615	-2.34	3.57	.270	2.97	3.51	0.87
	Intervensjon	256	.885	-.43	2.21				

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med SOC skåren på oppstart som kovariat. Alle gjennomsnittstall er justert for forskjellen mellom gruppene på oppstart. ** KI = konfidensintervall. Skår fra 13-91, høyest er best.

TABELL 36: BESKRIVELSE AV ENDRING AV GJENNOMSNITT SUMSKÅR PÅ MHC-SF VED OPPSTART OG TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

MHC-SF sumskår	Gruppe	n	Gjennom-snitt forskjell innad i grupper	95% KI**		Forskjell mellom grupper	95% KI**		p-verdi
10 uker - oppstart	Kontroll	81	2.82	0.59	5.05				
	Intervensjon	436	5.00	4.04	5.96	2.18	-0.25	4.61	0.079
6 mnd -oppstart	Kontroll	83	-0.17	-2.35	2.01				
	Intervensjon	435	1.93	0.98	2.88	2.10	-0.28	4.48	0.084
12 mnd -oppstart	Kontroll	45	0.52	-2.66	3.71				
	Intervensjon	226	2.84	1.42	4.26	2.32	-1.17	5.80	0.191

*Signifikanstesten på endring ble utført ved å anvende univariat variansanalyse med MHC skåren på oppstart som kovariat. Alle gjennomsnittstall er justert for forskjellen mellom gruppene på oppstart. ** KI = konfidensintervall. Skår fra 0-70, høyest er best.

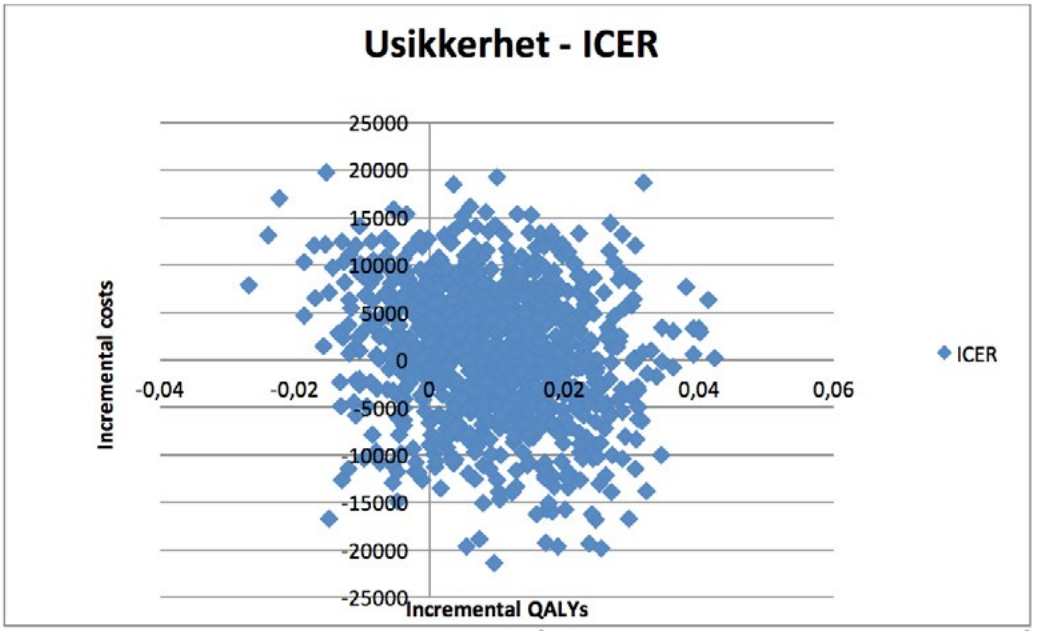
POSITIV PSYKISK HELSE (MHC-SF)

Se tabell Tabell 36 for en beskrivelse av endring av psykisk helse i intervensjons- og kontroll-gruppe på de ulike måletidspunkt justert for oppstartsskår.

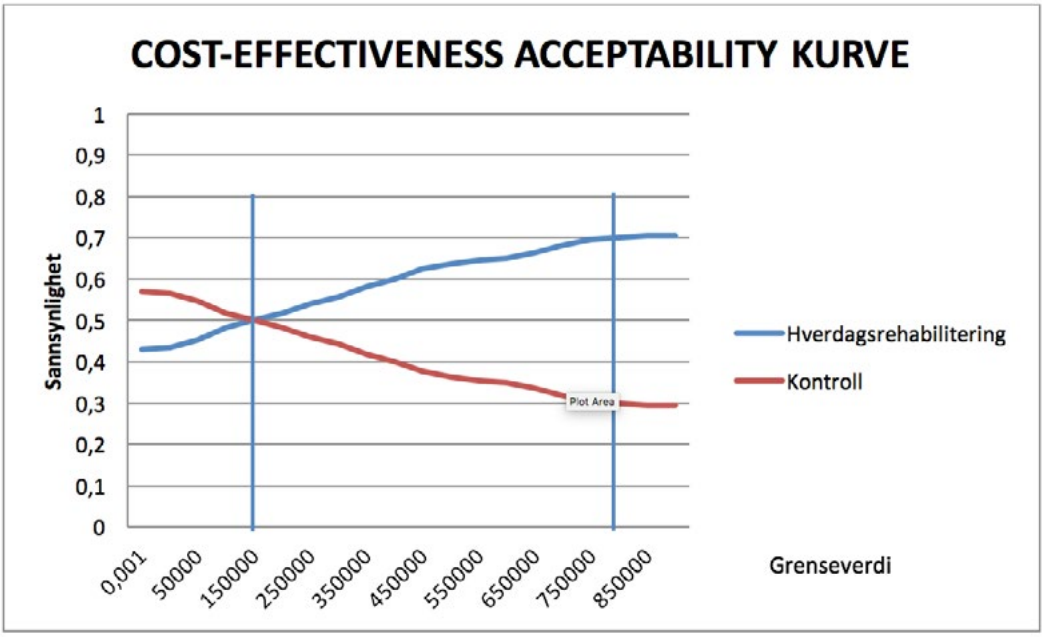
VEDLEGG 5: MER UTFYLLENDE OM ØKONOMISKE RESULTATER I DEL 1, KAPITTEL 2.4

I Figur 10 er 1000 nye ICERs (kostnad per vunne QALYs) basert på bootstrap, illustrert. For de 1000 nye estimatene på kostnad per vunne QALYs, er gjennomsnittlig verdi på vunne QALYs lik 0,01, mens kostnadsforskjellen mellom hverdagsrehabilitering og standardtjenester er 975 kroner. Av de 1000 nye verdiene for ICER fra bootstrap, har 570 en høyere kostnad for hverdagsrehabilitering, mens om lag 790 av verdiene indikerer høyere effekt for hverdagsrehabilitering. 366 av de 1000 verdiene gir både en bedre effekt og en lavere kostnad.

Hva vi vurderer som et godt alternativ, avhenger av verdien av en QALY eller en helsegevinst. Hvis helsegevinst ikke har noen verdi, vil vi kun være opptatt av kostnader og vil velge tiltak som er kostnadsbesparende. For økt verdi av helse, vil vi gradvis tillegge helseeffekter større verdi. I Figur 11 rapporteres CEAC, som viser oss sammenhengen mellom sannsynligheten for at hverdagsrehabilitering (eller standard tjenester) er kostnadseffektive alternativer for ulike grenseverdier for en helsegevinst eller QALY. For en grenseverdi tilnærmet 0, tilsvarer dette alle verdiene i figuren som er kostnadsbesparende (under x-aksen), er det en høyere sannsynlighet for at kontrollgruppen er kostnadseffektiv (0,570) enn hverdagsrehabilitering (0,439). For økende grenseverdier for en QALY, faller sannsynligheten for at kontrollgruppen er kostnadseffektiv, mens den stiger for hverdagsrehabilitering. For en grenseverdi på en QALY lik om lag 150 000 kroner, er det like stor sannsynlighet for at hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen er kostnadseffektive tiltak. For grenseverdier over 150 000 kroner, vil hverdagsrehabilitering ha høyest sannsynlighet for å være et kostnadseffektivt alternativ. For en grenseverdi på om lag 750 000 kroner, er det 70 % sannsynlig at hverdagsrehabilitering er et kostnadseffektivt alternativ.



FIGUR 10 SPREDNINGSDIAGRAM AV 1000 VERDIER PÅ KOSTNAD PER VUNNE QALYS (ICER) BASERT PÅ BOOTSTRAP



Figur 11 COST-EFFECTIVENESS ACCEPTABILITY KURVE (CEAC) FOR HVERDAGSREHABILITERING OG KONTROLLGRUPPEN MED UTGANGSPUNKT I 1000 ICERS BASERT PÅ BOOTSTRAP AV TOTALE KOSTNADER OG EFFEKTER

RESULTATER FRA KOMMUNENE

Av de som svarte på Questbackundersøkelsen var kostnaden per time for praktisk bistand mellom 230 til 500 kroner. De fleste kommunene oppga at estimatet inkluderte lønn og sosiale utgifter for relevant utdanningsgruppe. De kommunene som inkluderte administrasjon og andre felleskostnader, rapporterte enhetspriser mellom 390 til 500 kroner. Kostnad per time hjemmesykepleie varierte fra 280 til 650 kroner, hvorav de fleste rapporterte lønn med sosiale utgifter, mens variasjonen med felleskostnader var fra 516 til 650 kroner. Ingen kommuner rapporterte ulik kostnad for fysioterapi i egne lokaler eller hjemme hos deltaker, men et par kommenterte at reise vil komme i tillegg. Kostnaden per time varierte fra 227 til 650 kroner. Kostnaden for de tjenestene samsvarer med kostnader for praktisk bistand. Èn kommune rapporterte å ha egen pris for fysioterapi på kveld. Denne ekstra kostnaden tilsvarer 77 kroner.

For å få en forståelse av variasjon i behov mellom kommunene spurte vi om gjennomsnittlig IPLOS ADLskår (som rapportert i IPLOS) blant mottakere (hjemmeboende) over 67 år. Det var seks kommuner som kunne oppgi tall for dette, og svarene varierte både innen og mellom aldersgrupper. Rapportert behov varierte fra 1,73 til 4,05.

VEDLEGG 6:
MER UTFYLLENDE OM RESULTATER I DEL 2, KAPITTEL 2.3

UTFØRELSE OG TILFREDSHET MED DAGLIGE AKTIVITETER (COPM)

Tabell 5 viser en beskrivelse av de ulike måletidspunktene for utførelse og tilfredshet målt med COPM for intervensjons -og kontrollgruppen for personer med psykisk utviklingshemming.

FYSISK FUNKSJON

Resultatene fra begge grupper tyder på at begge gruppene har hatt en liten bedring i balanse, gange, reise/sette seg og totalskår målt med SPPB fra oppstart til ti uker, men at bedringen deretter gradvis ble redusert (Tabell 7)

TABELL 5: BESKRIVELSE AV GJENNOMSNITTSSKÅR PÅ TILFREDSHET OG UTFØRELSE AV DAGLIGE AKTIVITETER (COPM) VED OPPSTART OG VED TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON

Måletidspunkt	Gruppe	n	Utførelse gjennomsnitt sumskår*	SD	Tilfredshet gjennomsnitt sumskår*	SD
Oppstart	Kontroll	8	7,23	1,91	7,14	1,67
	Intervensjon	38	4,43	1,66	4,74	1,85
10 uker	Kontroll	5	6,79	2,51	7,64	1,81
	Intervensjon	35	6,85	2,16	7,34	2,16
6 måneder	Kontroll	5	6,16	1,92	7,12	1,48
	Intervensjon	31	7,02	2,16	7,37	2,15
12 måneder	Kontroll	5	7,46	1,61	7,85	1,13
	Intervensjon	21	6,65	2,00	6,85	1,87

*Skala fra 1-10 poeng, 10 er best.

TABELL 7: BESKRIVELSE AV GJENNOMSNITTSPOENG PÅ DIMENSJONER OG TOTALSKÅR PÅ SPPB

Måletids-punkt	Gruppe***	n	Balanse gjennom-snitt *	SD	Gangtest gjennom-snitt*	SD	Reise / sette seg gjennom-snitt*	SD	Total-skår gjennom-snitt **	SD
Oppstart	K	8	2.75	1.75	2.75	1.49	1.88	1.46	7.38	4.50
	I	37	2.92	1.46	3.11	1.20	2.03	1.32	8.08	3.29
10 uker	K	5	3.60	0.55	3.40	0.89	2.20	0.84	9.20	1.79
	I	34	3.00	1.48	3.21	1.17	2.18	1.38	8.38	3.44
6 måneder	K	5	2.80	1.30	2.60	1.52	1.60	1.82	7.00	3.94
	I	31	2.90	1.60	3.16	1.39	2.23	1.43	8.57	3.63
12 måneder	K	5	2.40	1.52	2.80	1.30	2.60	1.14	7.80	2.95
	I	21	2.33	1.80	3.00	1.30	1.62	1.63	7.05	4.27

*Skala fra 0-4 poeng, 4 er best. **Skala fra 0-12 poeng, 12 er best. ***K= Kontroll, I = Intervensjon.

HELSERELATERT LIVSKVALITET (EQ-5D)

TABELL 8: BESKRIVELSE AV GJENNOMSNITTSKÅR PÅ DE ULIKE DIMENSJONENE I EQ-5D VED OPPSTART, OG VED TI UKER, SEKS MÅNEDER OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

Tidspunkt	Gruppe **	n	Gange		Personlig stell		Vanlige gjøremål		Smerter/ Ubehag		Angst/ depresjon	
			Gjen-nom-snitt	SD	Gjen-nom-snitt	SD	Gjen-nom-snitt	SD	Gjen-nom-snitt	SD	Gjen-nom-snitt	SD
Oppstart	K	8	1.88	1.35	1.75	0.70	2.13	0.83	1.75	1.03	2.13	1.46
	I	38	1.71	1.04	1.66	0.99	2.39	1.05	1.99	0.94	2.19	1.00
10 uker	K	5	1.20	0.45	1.40	0.55	1.80	0.45	2.00	1.22	2.20	1.64
	I	35	1.46	0.78	1.57	1.17	2.06	0.99	1.77	0.81	1.77	0.73
6 mnd	K	5	1.40	0.55	2.00	1.22	2.60	1.14	2.40	1.67	2.60	1.34
	I	31	1.54	1.05	1.68	1.27	2.23	1.26	1.68	0.91	2.03	1.05
12 mnd	K	5	1.60	0.55	2.00	1.22	2.00	0.71	2.00	1.41	2.20	1.10
	I	21	1.67	0.91	2.10	1.30	2.39	1.07	1.90	0.83	1.52	0.68

*Skala fra 1-5, hvor 1 er best. ** K= Kontroll, I= Intervensjon

TABELL 10: BESKRIVELSE AV GJENNOMSNITTSKÅR PÅ TOTAL HELSESKÅR (VAS) VED OPPSTART OG VED TI UKER, SEKS OG TOLV MÅNEDER ETTER INTERVENSJON*

Måletidspunkt	Gruppe**	n	Total helseskår	
			Gjennomsnitt	SD
Oppstart	Kontroll	8	80.50	11.04
	Intervensjon	37	67.91	24.55
10 uker	Kontroll	4	70.00	27.39
	Intervensjon	34	77.32	23.07
6 mnd	Kontroll	5	83.00	16.04
	Intervensjon	30	69.80	23.28
12 mnd	Kontroll	5	78.00	14.40
	Intervensjon	21	68.71	25.73

*VAS-skala 0-100 hvor 100 er best.

VEDLEGG 7:
SPØRRESKJEMA OM ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE

Hverdagsrehabilitering og økonomiske konsekvenser for kommunene

1) Kommunenavn

2) Kostnader per tjeneste:

3) 1. Hvor mye koster 1 time praktisk bistand i din kommune? (angi i kroner)

4) 2. Spesifiser hva som er inkludert i dette estimatet (lønn og sosiale utgifter, driftskostnader bil, felleskostnader etc)

5) 3. Hvor mye koster 1 time hjemmesykepleie i din kommune? (angi i kroner)

6) 4. Spesifiser hva som er inkludert i dette estimatet (lønn og sosiale utgifter, driftskostnader bil, felleskostnader etc)

7) 5. Hvor mye koster 1 time fysioterapi i din kommune? 8) a. Hjemme hos bruker:

9) b. I kommunens lokaler:

10) 6. Spesifiser hva som er inkludert i dette estimatet (lønn og sosiale utgifter, driftskostnader bil, felleskostnader etc) :

11) 7. Har din kommune egne priser for dag og kveld?

- Nei
- Ja

12) a. Hvis Ja, i så fall hvor mye mer koster kveld enn dag? (angi i prosent)

13) 8. Hvor mye koster 1 time ergoterapi i din kommune? (angi i kroner)

14) a. Hjemme hos bruker:

15) b. I kommunens lokaler:

16) 9. Spesifiser hva som er inkludert i dette estimatet (lønn og sosiale utgifter, driftskostnader bil, felleskostnader etc) :

17) 10. Har din kommune egne priser for dag og kveld?

- Nei
- Ja

18) a. Hvis Ja, i så fall hvor mye mer koster kveld enn dag? (angi i prosent)

19) 11. Gjennomsnittlig ADL (som rapportert i IPLOS) blant mottakere (hjemmeboende) under 67 år?

20) 12. Gjennomsnittlig ADL (som rapportert i IPLOS) blant mottakere (hjemmeboende) mellom 68 til 79 år?

21) 13. Gjennomsnittlig ADL (som rapportert i IPLOS) blant mottakere (hjemmeboende) 80 år og eldre?

22) 14. Kommentar til måling av behov blant mottakere

23) 15. Hvor mange årsverk har kommunen fordelt til prosjektet Hverdagsrehabilitiering?

24) 16. Hvor stor andel av årsverkene ble finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet og eventuelle andre eksterne instanser? (angi prosent av årsverkene)

25) 17. Hvis dere ikke fikk finansiert 100 % eksternt, hvordan ble de resterende årsverkene finansiert? Velg et eller flere alternativer.

- [ ] a) Ekstra finansiering fra kommunen tilført helse- og omsorgsavdelingen
- [ ] b) Intern omfordeling av årsverk i helse- og omsorgsavdelingen
- [ ] Annet: Spesifiser

26) 18. Hvis din kommune måtte omfordele årsverk, kan det tenkes at noen grupper har mottatt redusert antall eller omfang av tjenester, og i så fall hvilke grupper i hvilket omfang?

27) 19. Hvordan planlegger dere å finansiere den faste driften av hverdagsrehabilitering når de eksterne prosjektmidlene er opphørt?

VEDLEGG 8:
SPØRRESKJEMA OM MODELLER

Følgetekst til e-post med lenke til Questback:

HØGSKOLEN I BERGEN

Senter for omsorgsforskning • vest

Spørreundersøkelse om ulike modeller for hverdagsrehabilitering i kommunene

Helsedirektoratet har innvilget tilskuddsmidler til utprøving av modeller for «hverdagsrehabilitering» i norske kommuner og din kommune er som kjent en av disse. Det er stilt krav om at prosjektene skal følgeevalueres for å dokumentere effekter for brukerne og økonomiske gevinster for kommunene. I tillegg skal kommunenes ulike tilnærminger for hverdagsrehabilitering kartlegges for å vurdere hvorvidt noen modeller fremstår som mer hensiktsmessige enn andre for å nå målene. Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre følgeevalueringen og står også bak denne spørreundersøkelsen om modeller.

Du er oppnevnt av din kommune som kontaktperson for følgeevalueringen. Vi vil gjennom denne undersøkelsen spørre deg om din kommunes tilnærming og modell for hverdagsrehabilitering. Det er frivillig for deg å delta og om du svarer ja kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke. Det at du besvarer spørreskjemaet regnes som ditt samtykke. Informasjonen som kommer fram om din kommune vil bli anonymisert og det vil i publikasjonene ikke komme fram hvem i kommunen som har gitt opplysningene. Dersom det er behov for oppklaringer vil vi i tillegg ringe deg for en telefonsamtale.

Det vil kunne ta om lag en time å besvare spørsmålene. Vi vil be om at undersøkelsen besvares innen 14 dager fra i dag. Du svarer ved å trykke på lenken under (Questback). Vær oppmerksom på at du ikke bør trykke på tilbaketasten underveis. Da vil du miste det som er tastet inn lenger bak i skjemaet. Når du har startet, må du fullføre hele registreringen uten å avbryte.
Dersom det oppstår problemer eller du har spørsmål, kontakt Oddvar Førland eller Eva Langeland.

Dine svar er viktige for at vi skal få et bilde av hvordan hverdagsrehabilitering organiseres i din kommune. Tusen takk for samarbeidet!

Med vennlig hilsen

Eva Langeland
Prosjektleder
E-post: Eva.Langeland@hib.no
Tlf.: 55 58 78 69

Oddvar Førland
Førsteamanuensis
E-post: oddvar.førland@hib.no
Tlf.: 94887055

Bergen, 19.oktober 2015

1. Hvilken kommune svarer du for (for Oslo skriv også bydel):

_____

2. Når startet din kommune opp med å tilby hverdagsrehabilitering overfor brukere?

Årstall: ☐☐☐☐ Måned: ☐☐

3. Har dere pr. i dag startet opp i hele kommunen, eller kun i deler av den?

Kun ett kryss:

1 ☐ Hele kommunen
2 ☐ Deler av den

4. Hvordan er beslutningen om oppstart av hverdagsrehabilitering i din kommune forankret?

Kun ett kryss:

1 ☐ Politisk beslutning (gå til spørsmål 4)
2 ☐ Kun administrativt beslutning: **Hvis kun administrativt vedtak: på hvilket nivå er det tatt?** *Kun ett kryss:*

1 ☐ På rådmannsnivå
2 ☐ På fagnivå: Hvilken avdeling? _____

5. Under hvilken etat/tjeneste i kommunen er hverdagsrehabiliteringen organisatorisk plassert?

Kun ett kryss:

1 ☐ Hjemmetjenesten
2 ☐ Fysio-/ og ergoterapitjenesten
3 ☐ Rehabiliteringstjenesten
4 ☐ Habiliteringstjenesten
5 ☐ Egen enhet for hverdagsrehabilitering
6 ☐ Annet: _____

6. Bruker dere uttrykket hverdagsrehabilitering / kvardagsrehabilitering i din kommune?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nei

7. Hvis dere bruker andre uttrykk i tillegg eller i stedet, hvilket uttrykk bruker dere da, og hva er bakgrunnen for at dere bruker dette uttrykket?

_____
_____
_____

8. Hvem er målgrupper for hverdagsrehabiliteringen i din kommune?
Flere kryss er mulig:

1 ☐ Brukere med plutselig funksjonsfall/nedsettelse
2 ☐ Brukere med gradvis funksjonsfall/nedsettelse.
3. ☐ Brukere med nedsatt men stabilt funksjonsnivå
4 ☐ Brukere med psykisk utviklingshemming
5 ☐ Brukere med demens
6 ☐ Kun brukere over 65 år

9. Kan du utfylle mer om <u>målgruppene</u> i din kommune? (for eksempel: kun nye søkere til hjemmetjenestene, eller også brukere som har hatt hjemmetjenester lenge, brukere etter sykehusinnleggelse, bestemte diagnose- eller brukergrupper som inkluderes / ekskluderes, grad av rehabiliteringspotensiale, motivasjonsgrad eller andre forhold av betydning for inklusjon til hverdagsrehabilitering):

_____
_____
_____

10. Hvordan informeres det om tilbudet til potensielle målgrupper?

_____
_____
_____

11. Hvem tar initiativet til hverdagsrehabilitering?
Sett tallet 1 i firkanten for den som oftest tar initiativet, 2 for nest oftest, osv.

☐ Direkte fra pasienten selv eller pårørende
☐ Sykehus
☐ Hjemmetjenesten
☐ Fysio-/ og ergoterapitjenesten
☐ Rehabiliteringstjenesten
☐ Sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtaks-kontor
☐ Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
☐ Fastlege
☐ Andre: _____

12. På hvilken måte blir behovet for hverdagsrehabilitering vurdert?

☐ Gjennom en tverrfaglig utredning og vurdering
☐ Gjennom en monofaglig (en yrkesgruppe) utredning og vurdering

13. Hvilken instans i kommunen behandler og innvilger søknader om hverdagsrehabilitering?
Kun ett kryss:

- ☐ Sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtaks-kontor
- ☐ Hverdagsrehabiliteringstjenesten selv
- ☐ Hjemmetjenesten
- ☐ Rehabiliteringstjenesten
- ☐ Habiliteringstjenesten
- ☐ Andre: _____

14. Hvordan blir beslutningen om igangsetting av hverdagsrehabilitering formalisert i kommunen?
Kun ett kryss:

- ☐ Det fattes formelt vedtak om hverdagsrehabilitering
- ☐ Hverdagsrehabilitering gis uten at det fattes formelt vedtak

15. Tiltak: Innvilgning om hverdagsrehabilitering resulterer gjerne i ulike typer rehabiliteringstiltak fra kommunens side, bestemt på bakgrunn av brukernes mål. Vi vil be deg rangere de vanligste hverdagsrehabiliteringstiltakene som gjennomføres i din kommune. Velg 1 fra nedtrekksmenyen for tiltaket som er vanligst, 2 for nest vanligst osv.

- ☐ Trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen.
- ☐ Trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen.
- ☐ Generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet.
- ☐ Tilrettelegging av bolig/nærmiljø med tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi
- ☐ Annet tiltak

Hvilket andre tiltak: _____

16. Har hverdagsrehabiliteringsperioden en standard varighet for alle uavhengig av behov?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nei

17. Hvor lang varighet er vanligvis hverdagsrehabiliteringsperioden? Antall uker: _____

18. Eventuelle kommentarer til varighet av hverdagsrehabiliteringsperioden:

_____
_____
_____
_____

19. Gis det oppfølgingsbesøk etter avsluttet hverdagsrehabiliteringsperiode?
Kun ett kryss

1 ☐ Ja, alltid
2 ☐ Ja, men kun ved behov
3 ☐ Nei

20. Gis det gjentagende perioder med hverdagsrehabilitering for samme bruker?

1 ☐ Ja
2 ☐ Nei

21. Hvor OFTE tilbys VANLIGVIS hverdagsrehabilitering-treningen i hjemmet sammen med bruker på HVERDAGER (mandag-fredag)?
Sett tallet 1 i firkanten for det vanligste, 2 for nest vanligst også videre.

☐ Mer enn to ganger pr. dag
☐ To ganger pr. dag
☐ Daglig
☐ 3-4 ganger pr. uke
☐ 1-2 ganger pr. uke
☐ Sjeldnere enn en gang pr. uke.

22. Gis det tilbud om hverdagsrehabilitering også på kveld/helg?
Kun et kryss:

☐ Nei
☐ Ja, både kveld og helg i tillegg til hverdag
☐ Ja, men kun kveld i tillegg til hverdag
☐ Ja, men kun helg i tillegg til hverdag

23. Hvilken av de beskrevne organiseringsmodellene for hverdagsrehabilitering ligger nærmest opp til den dere har i din kommune?
Kun ett kryss:

☐ Tverrfaglig tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten i samarbeid med rehabiliteringstjenesten
☐ Tverrfaglig tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten i samarbeid med hjemmetjenesten
☐ Tverrfaglig tjeneste organisert som en egen spesialisert enhet ved siden av hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten, og med selvstendig ansvar for hele rehabiliteringsprosessen

24. Har du noen utdypende kommentarer om organiseringsmodellen i din kommune?

25. Hvorfor har dere valgt denne organiseringsmodellen?

26. Hvilke yrkesgrupper bidrar i den praktiske hverdagsrehabiliteringen/treningen hjemme hos brukeren?
Sett tallet 1 i firkanten for den vanligste yrkesgruppen, 2 for den nest-vanligste også videre:

- ☐ Hjemmehjelper/assistenter
- ☐ Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
- ☐ Sykepleier
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Vernepleier
- ☐ Sosionom
- ☐ Student/elev/lærling
- ☐ Andre: _____

27. Hvilke yrkesgrupper bidrar i organiseringen og utarbeidelsen av treningsopplegget?
Sett tallet 1 i firkanten for den vanligste yrkesgruppen, 2 for den nest-vanligste også videre:

- ☐ Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
- ☐ Sykepleier
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Vernepleier
- ☐ Sosionom
- ☐ Student/elev/lærling
- ☐ Lege
- ☐ Andre: _____

28. Hvilken type opplæring/kursing har personalet som arbeider med hverdagsrehabilitering fått, og av hvilken varighet?

29. Hvilke faglige og personlige egenskaper mener du det er særlig viktig å ha for personalet som arbeider med hverdagsrehabilitering?

30. På en skala fra 1-5, der 1= svært dårlig og 5= svært godt:
Hvordan vil du vurdere samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringstjenesten.

		Svært dårlig				*Svært godt*	*Ikke aktuelt*
1.	Den ordinære hjemmetjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2.	Den ordinære rehabiliteringstjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3.	Den ordinære habiliteringstjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4.	Sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtaks-kontor	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5.	Koordinerende enhet	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
6.	Fastlegene	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
7.	Spesialisthelsetjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

31. Kan du utdype noe av dette med samarbeid på tvers?

32. Mange mener at hverdagsrehabilitering innebærer en ny måte å tenke på i kommunenes helse- og omsorgstjenester, med *større vektlegging på brukers aktivitetsmål, hverdagsmestring, intensiv trening og ressurser.*

I hvilken grad erfarer du at en ny slik måte å tenke på preger arbeidskulturene i ulike grupper og avdelinger i kommunen?

		I svært liten grad				*I svært stor grad*
1.	Lederne i helse- og omsorgstjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.	Hjemmetjenesten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3.	Sentralt bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtaks-kontor	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.	Koordinerende enhet	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5.	Den øvrige rehabiliteringstjenesten i kommunen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6.	Den øvrige habiliteringstjenesten i kommunen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7.	Fastlegene	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Eventuelle utfyllende kommentarer:

33. Samarbeider din kommune med andre kommuner om etablering av hverdagsrehabilitering?
Kun et kryss:
- ☐ Nei
- ☐ Ja

34. «Habilitering/rehabilitering utenfor institusjon» er en av tjenestene som skal rapporteres til IPLOS-registeret. Blir hverdagsrehabilitering registrert som en slik rehabiliteringstjeneste i IPLOS?
Kun et kryss:
- ☐ Nei
- ☐ Ja

35. I hvilken grad er du enig i følgende påstander:

	Helt enig				*Helt uenig*
1. Innføring av hverdagsrehabilitering bidrar til en styrking av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Det er uoverensstemmelse mellom brukernes egne mål og tjenestens mål om å avvikle hjelpen?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Mennesker som har behov for mer vedvarende omsorgstjenester møtes med en forventning om at de bør bli selvhjulpne?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Andre brukergrupper får et dårligere tilbud på grunn av satsingen på hverdagsrehabilitering?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

36. Vedrørende spørsmål 35-4: Eventuelt hvilke brukergrupper får et dårligere tilbud:

_____
_____
_____
_____

37. I hvilken grad vurderer du hverdagsrehabilitering som FAGLIG FORSVARLIG i forhold til:

	Svært dårlig faglig forsvarlighet				*Svært god faglig forsvarlighet*
1. Norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helsefagutdanning fra videregående skole-nivå?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

38. Ser du noen positive eller negative konsekvenser av hverdagsrehabiliteringssatsningen for noen av personalgrupper i kommunen (for eksempel knyttet til oppgaveglidning, profesjonsroller, samarbeid, jobbtrivsel eller annet?)

39. Er hverdagsrehabilitering fortsatt prosjekt i din kommune eller har det gått over i en fast driftsfase?

Kun et kryss:

- ☐ Det er fortsatt et prosjekt
- ☐ Det er allerede blitt en fast tjeneste/fast drift (gå til spørsmål 41)

40. Hvis fortsatt prosjekt, når skjer overgangen til fast drift? Årstall: ☐☐☐☐ Måned: ☐☐

- ☐ Kryss her dersom prosjektet ikke skal videreføres til fast drift.
- ☐ Kryss her dersom det ikke er tatt stilling til om prosjektet skal videreføres til fast drift

41. Hvordan planlegges overgangen/ hvordan ble overgangen planlagt?

42. Hvilke faktorer mener du hemmer og fremmer overgangen/implementeringen av hverdagsrehabilitering til ordinær drift, i din kommune?

43. Hva mener du er mest positive eller negative ved at kommunen har innført hverdagsrehabilitering?

44. I driftsfasen etter avsluttet prosjekt; kommer dere til å bruke noen av følgende kartleggings/vurderingsredskap?
Flere svar mulig:

- ☐ IPLOS: Bistandsbehov
- ☐ COPM: Brukerens identifisering av problemområder, samt vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse
- ☐ PSFS: Pasientspesifikk funksjonskala
- ☐ ADL-taxonomi: ADL vurderingsredskap
- ☐ SPBB: Fysisk funksjon
- ☐ COOP/WONCA: Helserelatert livskvalitet
- ☐ EQ-5D Helserelatert livskvalitet:
- ☐ SOC-13: Mestring
- ☐ MHC-SF: Psykisk helse
- ☐ Andre; spesifiser hvilke:

_____

45. På hvilke tidspunkt i brukernes rehabiliteringsprosess kommer dere til å bruke kartleggings/vurderingsredskapene?
Flere svar mulig:

- ☐ Ved oppstart av rehabiliteringen
- ☐ Ved avslutning av rehabiliteringen
- ☐ En tid etter avsluttet rehabilitering

46. Er det noe annet du vil tilføye?

47. Til slutt vil vi be deg oppgi din stillingstittel (du som har svart på dette spørreskjemaet):

Stillingstittel: _____

Tusen takk for dine svar!
De er viktige for få informasjon om din kommunes organisering av hverdagsrehabilitering.

Mange norske kommuner har innført hverdagsrehabilitering på tross av at der foreligger relativt lite forskning som viser at hverdagsrehabilitering har de ønskete effekter. Dette er den forskningsstudien om hverdagsrehabilitering som inkluderer flest kommuner, både nasjonalt og internasjonalt. Følgeevalueringen er rettet mot to målgrupper; hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer og personer med utviklingshemming. Følgeevalueringen har undersøkt modeller og organisering, helseeffekt og kost-effekt av hverdagsrehabilitering.

Senter for omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no