



ARBEIDSNOTAT

Effekter av rehabilitering

Forprosjekt

Hans Petter Hansvik
Marianne Hedlund

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsnotat nr 262

Steinkjer 2015



HINT

Effekter av rehabilitering

Forprosjekt

Hans Petter Hansvik
Marianne Hedlund



Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsnotat nr 262
ISBN 978-82-7456-741-2
ISSN 1501-6285
Steinkjer 2015



INNHold

1	SAMMENDRAG	4
2	INNLEDNING	5
3	HVORFOR FORSKNING OM REHABILITERING?	6
4	FOKUSOMRÅDER, BEGREP OG AVGRENSINGER	6
4.1	Rehabilitering - Definisjon	6
4.2	Funksjonsområder og funksjonsmåling	7
4.2.1	ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)	8
4.2.2	COPM (The Canadian Occupational Performance Measure)	9
4.2.3	Barthel ADL-Indeks.....	9
4.2.4	MMSE (Mini Mental Status Evaluering)	9
4.2.5	SPPB (Short Physical Performance Battery)	9
4.2.6	Hopkins symptom check list - 10	10
4.2.7	Sunnaas ADL – indeks	10
4.2.8	IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgstatistikk)	10
4.2.9	Vurdering	10
4.3	Organisering og helsetjenestenivå som prosjektet omfatter	11
4.3.1	Kommunal rehabilitering	11
4.3.2	Hverdagsrehabilitering.....	11
4.3.3	Rehabilitering i kommunal døgninstitusjon (Namdal Rehabilitering)	11
4.4	Brukere som omfattes.....	11
4.4.1	Brukere som er 65 år eller eldre.	11
4.4.2	Brukere med rehabiliteringspotensiale.....	11
4.5	Prosjektet omfatter ikke	11
4.5.1	Opptrening	11
4.5.2	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	12
4.5.3	Aktiv omsorg	12
5	ORGANISERING OG GJENNOMFØRING AV FORPROSJEKTET	12
5.1	Forankring	12
5.2	Organisering og finansiering	12
5.3	Framdrift	13

6	BESKRIVELSE AV REHABILITERING VED NAMDAL REHABILITERING	13
6.1	Historikk	13
6.2	Beskrivelse av tilbud og brukere	14
6.2.1	Samarbeidsavtaler	14
6.2.2	Kommunale brukere	14
6.2.3	Spesialisert rehabilitering	15
7	BESKRIVELSE AV REHABILITERINGSTILBUDET LOKALT I EIERKOMMUNENE- VALG AV KOMMUNER SOM ARENA FOR FORSKNING	15
7.1	Kartlegging kapasitet og kompetanse	15
7.2	Kapasitet fysioterapi i eierkommunene	16
7.3	Valg av kommuner som arena for forskning	17
7.4	Namsos kommune	17
7.4.1	Ambulerende Innsatsteam	17
7.4.2	Hverdagsrehabilitering	18
7.4.3	Tildelingskriterier	18
7.5	Hverdagsrehabilitering i Overhalla kommune	19
7.5.1	Hovedmål	20
7.5.2	Delmål	20
7.6	Økende behov knyttet til en aldrende befolkning	20
8	PROBLEMSTILLINGER OG METODE	22
8.1	Valgt problemstilling	22
8.2	Begrunnelse for valgt problemstilling	22
8.3	Forskningsmetode og forskningsdesign	23
9	KUNNSKAPSTATUS - RELEVANT FORSKNING	23
8.1	Litteraturstudie og søker strategi	24
8.2	Hvilke forståelse av rehabilitering finnes?	25
8.3	Eldre som målgruppe for rehabilitering	26
8.4	Måleinstrument for effektmåling av eldre i rehabilitering	27
	STANDARDISERTE TESTER	27
	KARTLEGGING AV FUNKSJONER HOS ELDRE	28
9.5	Oppsummering	28
10	RELEVANTE UTREDNINGER OG RAPPORTER	29
9.1	Helsedirektoratet, Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering	29

9.1.1	Samhandling innen habilitering og rehabilitering	29
9.1.2	Kapasitet.....	30
10.2	Helse Midt Norge, Rehabilitering i Midt – Norge	31
10.3	Helsedirektoratet, undersøkelse av rehabilitering i kommunene- erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem / vante miljø	32
10.4	Stavanger kommune, evaluering av pilotprosjekt hverdagsrehabilitering.	36
10.5	Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.....	36
10.6	Oppsummering utredninger	37
11	FORSLAG TIL GJENNOMFØRING AV HOVEDPROSJEKT	38
11.1	Avgrensninger og konkretisering av problemstillinger.....	38
11.2	Strategisk utvalg – case.....	38
11.2.1	Rekruttering av utvalg.....	38
11.3	INNHEMING OG BEARBEIDING AV DATA	39
11.4	Datainnsamlingsperioden	40
11.5	Prosjektorganisering	40
11.6	Budsjett og finansieringsplan	41
12	TILRÅDING	42
13	LITTERATUR	43

1 SAMMENDRAG

Notatet beskriver resultat av et forprosjektsamarbeid mellom Namdal Rehabilitering og avd. for helsefag ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Forprosjektet er finansiert av Regionalt Forskningsfond Midt-Norge i form av kvalifiseringsstøtte til Namdalen Rehabilitering. Notat gjengir en kortfattet kunnskap statusbeskrivelse av effekter av hverdagsrehabilitering til eldre, samt en beskrivelse av organisering og gjennomføring av forprosjektet og en beskrivelse av rehabiliteringstilbud ved det døgkontinuerlige rehabiliteringstilbud ved Namdal Rehabilitering og i eierkommunene til Namdalen rehabilitering. Notatet gjengir også et forslag til organisering og gjennomføring av et hovedprosjekt som forsker på hverdagsrehabilitering blant eldre med utgangspunkt i kommunal organisering av rehabilitering i Namdalskommunene og Namdalen rehabilitering. Hovedprosjektet foreslås bli et forskningsprosjekt på doktorgradsnivå rettet mot Namdalen Rehabilitering og Namdalskommunene som empirisk nedslagsfelt. Flere detaljer om status på kunnskapsfeltet, bruk av måleinstrument for effekter samt behov for ny kunnskap og forskning om effekter av rehabilitering blant eldre, særlig når det gjelder hverdagsrehabilitering, gjengis i notat.

2 INNLEDNING

I verdigrunnlaget for Namdal Rehabilitering (NR) heter det bl.a.

«Namdal Rehabilitering tar sikte på å være kompetansesenter for rehabilitering i Namdalen. Forskning og utviklingsarbeid ligger også i konseptet».

I løpet av vel 9 års drift har NR så langt ikke initiert eller drevet FoU prosjekter ut over ulike utredninger og utprøving av gruppeopphold organisert som prosjekt («Mestring i lag», 2009 - 2011) og videreutvikling av samhandling med eierkommunene («Skreddersøm av interkommunal rehabiliteringstjeneste» 2012 – 2013). Begge disse prosjektene har vært nært knyttet til daglig drift. Kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil i tilknytning til endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (St.meld. nr. 47 2008 – 2009) og som følge av endrede behandlingsformer i sykehus få større ansvar for rehabilitering – med flere brukere med rehabiliteringsbehov på grunn av nedsatt funksjon eller sykdom på andre områder enn det som kommunene tidligere har forholdt seg til. Samtidig vil den eldre del av befolkningen i eierkommunene øke sterkt de nærmeste ti-årene. Befolkningsprognosene for Namdalskommunene og Bindal kommune (eierkommunene) viser at antall eldre over 67 år, som i dag forbruker 70 % av kapasiteten i døgner rehabiliteringen, vil øke med 45 % fram til 2030. I tillegg til styrking av kapasitet og kompetanse innenfor rehabiliteringsfeltet i kommunene (inkl. NR) må det legges ned langt større innsats i forebyggende helsearbeid og hverdagsrehabilitering blant eldre med funksjonstap og andre risikogrupper. Dette er nødvendig for å redusere behovet for praktisk bistand og redusere og / eller utsette behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjeneste.

I prosjektrapporten «Skreddersøm av interkommunal rehabiliteringstjeneste» ble det gitt noen anbefalinger for videre arbeid med utviklingstiltak, herunder:

- NR står i fortsatt i en driftsituasjon med lav kapasitetsutnyttning (75 %) med tilhørende lite økonomisk handlingsrom for styrking av bemanningen både kvalitativt og kvantitativt. Det må derfor legges ned økt innsats i «innsalg» til våre eiere, andre kommuner og avtaleparter (HMN). **God dokumentasjon av effekt av rehabilitering vil være et viktig bidrag i dette arbeidet.** Det vil kunne gi kommunene ny kunnskap som grunnlag for mer målrettet planlegging og styring av hvordan knappe rehabiliteringsressurser best kan nyttes. Forsknings- og utviklingsarbeid på dette området vil gi Namdal Rehabilitering muligheter for å utvikle og prøve ut nye modeller som i sterkere grad integreres mot brukernes hjemmesituasjon og lokal helse- og omsorgstjeneste. Deltakelse i FoU arbeid vil også styrke institusjonens markedsposisjon i en framtidig situasjon med fritt rehabiliteringsvalg for brukerne

Etter tilslutning i styret og representantskapet ble det høsten 2013 utformet en prosjektbeskrivelse for et forprosjekt (kvalifiseringsprosjekt) som grunnlag for søknad om kvalifiseringsstøtte til Regionalt Forskningsfond Midt Norge (RFFMIDT). Søknaden ble innvilget i februar 2014. Arbeidet kom ikke i gang før høsten 2014 og arbeidet med forprosjektet avsluttes i juni 2015.

Helse Midt-Norge har i samarbeid med KS utredet en framtidig felles strategi for utvikling av rehabiliteringstilbudet i regionen. I rapporten «Rehabilitering i Midt-Norge» gis det en anbefaling om at forskningsfeltet innen rehabilitering må styrkes både nasjonalt og regionalt. Spesielt gjelder dette forskning på effektene av ulike tiltak, både på individ- og systemnivå.

3 HVORFOR FORSKNING OM REHABILITERING?

I dette prosjektarbeidet er det gjort et tilfeldig litteratursøk i forskningslitteraturen knyttet til søkeordene «rehabilitering» /» hverdagsrehabilitering», «eldre», «effekt», «rehabiliteringsinstitusjoner», og «kommunale helsetjenester» i Oria kilden. Det er foretatt en gjennomgang av relevant forskning, studier og utredninger som er relevant for vårt fokusområde. Fokusområdet er gitt i bakgrunn og prosjektbeskrivelse

- Rehabilitering innenfor kommunenes ansvarsområde
- Effekt av ulike rehabiliteringsmodeller (ulik organisering)

Det er vanskelig å avgrense forskningen til å gi klare svar på effekter av rehabilitering. Dels fordi forskning publisert består av enkeltstående studier og resultat som gjelder kun for bestemte diagnosegrupper og dels fordi forskningen ikke alltid er studerer eldre og deres helsetilstand. Det er også vanskelig å avgrense forskningen innen feltet «rehabilitering» og særlig «hverdagsrehabilitering». Det er få forskningsartikler å finne som henviser direkte til begrepet «hverdagsrehabilitering», men det finnes en del utredninger som henviser til begrepet. I disse utredninger og rapporter henvises det til forskning på feltet, men dette er fortolkninger av studier som er gjort innen rehabilitering mot eldre og ikke studier som forsker spesielt på hverdagsrehabilitering. En del av forskningen retter seg mot medisinske effekt studier av rehabiliteringstiltak overfor bestemte pasientgrupper og mye av forskningen omhandler tiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Kunnskapstatus fra relevant forskning og utredninger er nærmere redegjort for i kap. 8 og 9 i rapporten

Vi ønsker oss et forskningsarbeid som primært kan være med på å etablere en felles kunnskapsbasert praksis ved Namdal Rehabilitering og hos våre eierkommuner i forhold til prioritering av brukere og valg av rehabiliteringsmodell. Samhandlingsreformen og kommunereformen vil medvirke til å overføre flere rehabiliteringsoppgaver til kommunene. Flere kommuner er godt i gang med å utvikle og implementere hverdagsrehabilitering som del av hjemmetjenesten. Forskningen vil derfor være aktuell i den helsepolitiske utviklingen som finner sted og ha overføringsverdi til andre kommuner og rehabiliteringsinstitusjoner.

Kunnskapsbasert praksis (KBP) har etter hvert blitt et viktig begrep for å sikre kvalitet i helsetjenestene. Det hen speiler på at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder for å utvikle kvalitet i praksis i sine tjenester. Bruk av forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov er alle nødvendige ingredienser for å bedre kvaliteten på helsetjenestene. KBP handler om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Jamtvedt, Hagen, Bjørndal & Nortvedt 2003; Jamtvedt, Graverholdt & Reinart, 2007).

4 FOKUSOMRÅDER, BEGREP OG AVGRENSINGER

4.1 REHABILITERING - DEFINISJON

I Forskrift om habilitering og rehabilitering (Lovdata 2011) av 01.01.2012 defineres rehabilitering på følgende vis.

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».

Denne offisielle definisjonen av rehabilitering gjelder for all type virksomhet som får støtte fra det offentlige i Norge. I forskrift angis det tydelige at rehabiliteringsvirksomhet som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven alle er felt som faller inn under forskriften. Videre angir forskriften at brukeren eller den som er målpersonen for rehabiliteringstiltakene skal inkluderes i rehabiliteringsprosessen. I følge forskriften må også rehabilitering har klare mål og virkemidler og de aktører som er involvert i å gi bistand til brukeren må samhandle.

I forskningslitteraturen henviser rehabiliteringsbegrepet til ulike aspekt. Det gjøres det ofte et skille mellom medisinsk og arbeidsrettet og sosial rehabilitering (Lindqvist 2000). Forskning om medisinsk rehabilitering retter seg gjerne mot studier av behandlingstiltak eller medisiner overfor bestemte diagnosegrupper. Denne type forskning har dermed ofte som formål å gi mer kunnskap om sykdomslære eller utvikling av sykdom (epidemiologi). Forskning om arbeidsrettet rehabilitering har et annet kunnskapsmål, nemlig å utvikle kunnskap om sykdom og arbeidsliv. Slik forskning studerer gjerne aspekt knyttet til sykemeldte personer sin mulighet for å bedre funksjonsevne og få tilbake arbeidsevna. Forskning om sosial rehabilitering har et tredje kunnskapsmål, nemlig å få mer kunnskap om rehabiliteringstiltak på det praktiske og personlige planet. Sosial rehabilitering er knyttet til tiltak om å gjenvinne sosiale og personlige realiseringer eller formål i livet.

I vid forstand innbefatter rehabilitering både medisinske, arbeidsrettet og sosiale dimensjoner. Kunnskapen om rehabilitering vil kreve tverrfaglige tilnærminger og virkemåter som hovedsakelig har fokus på to aspekt: a) gjeninnsettelse i tidligere verdighet og stilling, eller b) sette i funksjonsdyktig stand igjen (Landstad, Hedlund & Wendelborg 2009a, Landstad, Hedlund & Wendelborg 2009b; Lindqvist 2000). Når en skal studere effekter av rehabilitering i forhold til eldre mennesker, vil vurdering av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak være lite formålstjenlig. Dette fordi eldre mennesker som regel ikke lengre er yrkesaktive. Det er også viktig at studier av effekter av rehabilitering ikke for snevert ses i relasjon til å gjenvinne eller bedre funksjonsevnen til eldre mennesker. Dette fordi eldre mennesker, som en del av naturlige aldringsprosesser ikke nødvendigvis bedre sin funksjonsdyktighet gjennom rehabiliteringstiltak (Vik 2015, Tutland & Ness 2014). Snarere er det snakk om å se rehabiliteringstiltakene i forhold til normale biologiske og sosiale aldringsprosesser hvor tap av funksjonsevne og funksjonsdyktighet er vanlig. For målgruppen eldre er det av den grunn mer formålstjenlig å studere effekter av rehabiliteringstiltak knyttet til om de forverrer eller forhindrer ytterligere funksjonstap og funksjonsdugelighet, samt at rehabiliteringstiltakene kan forhindre for tidlig dødelighet.

4.2 FUNKSJONSOMRÅDER OG FUNKSJONSMÅLING

Når det gjelder funksjonsområder vil en særlig legge vekt på funksjoner som er viktige for å være mest mulig selvstendig i forhold til dagliglivets gjøremål (ADL - funksjoner) – som å ivareta personlig hygiene og stell, kunne utføre nødvendig husarbeid, tilberede mat og spise, innendørs og utendørs mobilitet. Funksjon i forhold til å forstå og ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, styre adferd, ta beslutninger i

dagliglivet og sosial deltakelse er viktige elementer innenfor det en kan kalle livskvalitet. Innenfor både ADL og livskvalitet må en legge vekt på den betydning de ulike funksjonene har for brukeren og for bistandsbehov og etablere en standard for gradering av mestring.

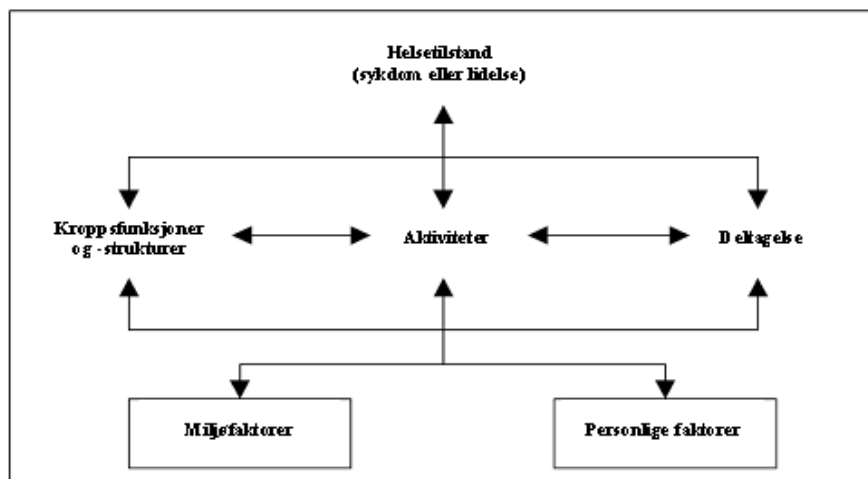
Det er vurdert en rekke ulike verktøy for systematisk registrering og måling somatisk, mental og sosial tilstand og utførelse / mestring i forhold til funksjon og behov for bistand. Selv om en ikke skal gjennomføre kvantitative målinger, må en likevel legge en systematikk og en standard til grunn for hvordan data i prosjektet skal innhentes og forstås og da vil disse verktøyene kunne være til stor hjelp når en skal utforme en intervjuguide.

4.2.1 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Del av et internasjonalt helseklassifiseringssystem. Mens ICD-10 klassifiserer sykdom og beslektede helseproblemer, klassifiserer ICF helsetilstanden slik den kommer til uttrykk i funksjon/funksjonsdiagnostikk (Aas, Hellem & Ellingsen 2008).

ICF er utgitt av WHO og er både en tankemodell og et klassifiseringssystem som beskriver funksjon og helse i forhold til dimensjonene kropp, aktivitet, deltakelse og miljø, hvor de ulike dimensjonene gjensidig påvirker hverandre. ICF klassifiserer ikke personene, men er en "biopsykososial modell" hvor helse blir forstått sirkulært eller systemisk, og fokuserer på personen i en kontekst. Modellen har en liste med nøytrale faktorer som man mener har innvirkning på menneskers helse, og den legger vekt på brukermedvirkning og styring, og at deltakelse i livet er det sentrale. Modellen er opptatt av hva brukeren klarer å gjøre, hva de ønsker/vil delta på, og hvordan omgivelsesfaktorene innvirker på dette. ICF tilbyr et felles og nøytralt språk, uavhengig av faglig tilhørighet, og er derfor egnet til tverrfaglig individrettet arbeid.

Figur.3.2.1 ICF-modell



ICF henviser til internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse og blir brukt både som en bio-psykososial modell som måler også miljømessige innvirkninger på eldre helse og funksjon, ikke bare fysiske funksjoner og kapasiteter (Høyem & Thörnquist, 2010).

4.2.2 **COPM (The Canadian Occupational Performance Measure)**

COMP står for The Canadian Occupational Performance Measure som er en metode for å beskrive og måle brukers egne beskrivelser av viktige hverdagsaktiviteter. Den bygger på WHO's biopsykologiske modell.

Den er et brukersentrert undersøkelses- og vurderingsredskap med en tredelt kartlegging. Formålet er å avdekke aktivitetsproblemer (Kjeken, Sand-Svartrud, 2012).

Aktiviteter klassifiserer i kategoriene personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid, hvor hver av kategoriene har tilhørende undergrupper. Brukeren prioriterer 5 betydningsfulle aktiviteter i livet sitt som vedkommende har problemer med å mestre. Ved hjelp av vurderingsskjema og skåringskort vurderer brukeren hvor godt aktiviteten utføres, og hvor tilfreds vedkommende er med egen evne til å utføre denne aktiviteten. COPM er egnet ved utarbeidelse av mål og til å vurdere fremgang, og brukes ofte i forbindelse med hverdagsrehabilitering.

COPM er en ergoterapimodell som kan brukes til alle diagnosegrupper. For barn under 7 år og personer med kognitiv svikt kan COPM anvendes sammen med omsorgspersoner.

4.2.3 **Barthel ADL-Indeks**

Barthel index er et screeninginstrument som måler funksjon i 10 PADL-aktiviteter (personal/physical activity of daily living) (Mahony and Barthel, 1965). Denne norske versjonen er redigert i 2008 av Ingvild Saltvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olav Sletvold og Torgeir Bruun Wyller på grunnlag av flere tidligere norske oversettelser og med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965.

Dette er aktiviteter som personlig hygiene, av- og påkledning spising, forflytning og toalettbesøk. Skår representerer grad av uavhengighet i forhold til bistand. Barthel er enkel å bruke, og rapporterer hva brukeren faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Den er beregnet for voksne med ulike diagnoser og fysiske funksjonshemninger (særlig hjerneslag), og har særlig vist seg å måle endring i funksjon i tidlig rehabiliteringsfase. Den registrerer også endring over tid, men har en tak-effekt som gjør at den ikke måler fremgang særlig godt i sen rehabiliteringsfase hos pasienter som fungerer relativt godt. Barthel kartlegger ikke forståelse- og sosiale ferdigheter. Barthel brukes av leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

4.2.4 **MMSE (Mini Mental Status Evaluering)**

MMSE-NR (Strobel og Engdal 2008) norsk revidert versjon av Mini Mental Status Evaluering er en grov screeningtest som kartlegger kognitive aspekter ved mentale funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og evne til å sette ting sammen til en helhet. Testen kan utføres av lege, sykepleier eller ergoterapeut, men tilfredsstillende tolking av resultatene krever erfaring og god kjennskap til manualen. Alder, utdanning og språkevne har innvirkning på resultatet

4.2.5 **SPPB (Short Physical Performance Battery)**

Dette er en screeningtest for fysisk funksjon hos eldre som brukes en del i klinisk forskning og praksis (Guralnik, J.M., et al.1994). Den består av 3 deltester, statisk balanse, gange i vanlig tempo og sette seg /

reise seg i raskt tempo hvor det gis score i forhold til tidsbruk. Testen er godt dokumentert for å identifisere eldre med risiko for funksjonstap og den er egnet til å måle endring i funksjon over tid.

4.2.6 Hopkins symptom check list - 10

HSCL-10 (Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud 2003) er et skjema på ti spørsmål som kartlegger angst og depresjon, og er en kortversjon av HSCL-25. Spørsmålene retter seg mot symptomer den siste uken, og svaralternativene har en firedelt gradert skala. Gjennomsnittlig skåre anvendes, og terskelnivå er satt til 1,85. Gjennomsnittsverdiene vil derfor variere mellom 1 og 4, der 1 betyr ikke plaget og 4 betyr veldig mye plaget. Verdier på 1,85 og høyere indikerer at man har symptomer på psykiske plager.

Instrumentet er validert og anerkjent til bruk i epidemiologiske undersøkelser og i klinisk arbeid blant ungdom.

4.2.7 Sunnaas ADL – indeks

Sunnaas ADL-index er et instrument for måling av ADL funksjon, den er utviklet av ergoterapeutene ved Sunnaas sykehus (Sunnås Sykehus, 2004). Den består av et skåringskjema og en skåringsmanual. Indeksen består av 12 aktiviteter. Disse er tenkt å være de mest sentrale aktiviteter som er nødvendige å utføre i dagliglivet av voksne personer. Aktivitetene skal være nødvendige for å leve et selvstendig liv og derved kunne bo alene. Sunnaas ADL-index er tenkt brukt som et tverrfaglig instrument og kan for eksempel brukes ved overføring av informasjon om pasienten fra sykehus til primærhelsetjenesten.

4.2.8 IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgstatistikk)

IPLOS er et nasjonalt obligatorisk registrerings- og rapporteringssystem for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene for brukere med praktisk bistand i heimen, dagaktivitetstilbud, matombringing, trygghetsalarm, hjemmesykepleie, rehabilitering utenfor institusjon, avlastning utenfor institusjon, støttekontakt, omsorgslønn, omsorgsbolig og institusjonsopphold (også tidsbegrenset opphold). IPLOS er først og fremst tatt i bruk som et verktøy for dimensjonering av tjenester og til styringsformål på kommunalt og statlig nivå (Helsedirektoratet, 2011).

4.2.9 Vurdering

3 case inngår i forskningsprosjektet; døgnopphold ved Namdal Rehabilitering og hverdagsrehabilitering i Overhalla og Namsos kommuner. Det vises til nærmere omtale i kap. 10.2

Datainnsamling forutsettes i hovedsak å skje gjennom semistrukturerte intervju med et utvalg eldre som mottar rehabiliteringstiltak enten i form av kommunal helse og omsorgstjeneste, kommunal tverrfaglige rehabiliteringsteam eller i form av døgnkontinuerlig rehabiliteringstiltak a la det man har ved Namdal Rehabilitering. Disse ulike rehabiliteringstiltakene eller sammenhengene for å tilby rehabiliteringstiltak til eldre kan sammenlignes i forhold til de måleverktøy som nevnes over. Det er fellestrekk i oppbygging av både IPLOS og COPM som kartleggingsverktøy og ICF teoretiske modell. Av den grunn er det viktig i intervjuene å spørre om aspekt knyttet til kartleggingsverktøy kommunene kjenner og samtidig å knyttet disse aspektene til teoretiske dimensjoner som gjør det mulig å sammenligne informasjon som blir samlet inn i intervjuene. Det vil også være viktig å vurdere mulighet for sammenligning av data knyttet til registerdata i kommunene og ved den døgnkontinuerlige rehabiliteringsenheten.

Både Namsos og Overhalla bruker SPPB som kartleggingsverktøy som supplement til IPLOS og COPM og dette kan også nyttes i de 3 casene i et hovedprosjekt.

4.3 ORGANISERING OG HELSETJENESTENIVÅ SOM PROSJEKTET OMFATTER

4.3.1 Kommunal rehabilitering

Brukes i denne sammenheng om tverrfaglig organiserte rehabiliteringstiltak forankret i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og hvor øvrige instanser i kommunen også kan være involvert.

4.3.2 Hverdagsrehabilitering

Brukes i denne sammenheng om tiltak for å bedre funksjonsevnen knyttet til brukerens hverdagslige aktiviteter og for å utsette ytterligere funksjonssvikt. Det kan f. eks. dreie seg om fysiske eller andre tiltak som hindrer ytterligere tap av fysiske eller kognitiv kapasitet hos brukeren. Tiltak som er ment å forebygge og sørge for at brukeren bor lengre i eget hjem samt klarer lengre å mestre hverdagens krav til aktiviteter og deltakelse. Hverdagsrehabilitering vil derfor kunne omfatte målstyrte, tidsavgrensede og tverrfaglige tiltak som gir personen mulighet til å delta i hverdagslivets vanlige gjøremål. Slike tiltak vil ofte inkludere kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endring av omgivelser og samarbeid med pårørende.

4.3.3 Rehabilitering i kommunal døgninstitusjon (Namdal Rehabilitering)

Brukes i denne sammenheng om tiltak som gis til brukere etter vedtak i kommunen, og hvor brukere mottar rehabiliteringstiltak og samtidig bor på den enhet hvor de får tiltak(ene). Tiltakene gis i form av døgnkontinuerlige tilbud over en viss tid, med minst 14 dagers varighet.

4.4 BRUKERE SOM OMFATTES

4.4.1 Brukere som er 65 år eller eldre.

Antall eldre over 70 år øker med 22 % i eierkommunene til Namdal Rehabilitering. God effekt av rehabilitering kan forebygge, utsette og redusere behov for omfattende omsorgstiltak. Det vises til valgt problemstilling i kap. 7

4.4.2 Brukere med rehabiliteringspotensiale

Vurdering av brukerens rehabiliteringspotensial innebærer en kartlegging av brukerens ressurser og begrensninger knyttet til fysisk, kognitiv og sosial funksjonsnivå og de oppgaver eller aktiviteter som brukeren forventes å gjøre i sin hverdag. Dette vil nødvendigvis innebære at i vurderingene inngår informasjon fra brukeren selv, dens pårørende, og fagpersoner som utfører rehabiliteringstiltakene. Det kan handle om kartlegging av de psyko-sosiale omgivelsene til pasient eller bruker, vurdering av funksjonsevne og –begrensninger, mentale og kroppslige funksjoner og personlige faktorer som motivasjon, mestringsstrategier mv. Vurdering av medisinske forhold, dvs. pasientens sykdommer og deres behandling og prognose, er også viktig i en samlet vurdering av pasientens rehabiliteringspotensial.

4.5 PROSJEKTET OMFATTER IKKE

4.5.1 Optrening

Optrening etter en skade eller operasjon hos fysioterapeut defineres ikke som rehabilitering dersom brukeren for øvrig ikke har funksjonsnedsettelse fysisk eller sosialt. Målrettede treningstiltak vil ofte inngå som en del av et rehabiliteringsforløp.

4.5.2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Her er dette forstått som å omfatter både rehabilitering i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseforetakene.

4.5.3 Aktiv omsorg

Her er dette forstått som et begrep som rommer mange elementer, hvorav ett er bistand til fysisk aktivitet. Det kan være aktiviteter for vedlikehold av funksjon som for eksempel jevnlig gå-trening eller andre planlagte og regelmessige aktiviteter. Slike tiltak kan inngå som tiltak i en pasients rehabiliteringsopplegg, men ikke alene regnes som rehabilitering, jf. definisjonen av rehabilitering. Slike aktiviteter vil likevel bli registrert og omtalt som tiltak i forløpene til brukere i casene, dersom det er relevant.

5 ORGANISERING OG GJENNOMFØRING AV FORPROSJEKTET

5.1 FORANKRING

Arbeidet med forprosjektet er som vist til innledningsvis en direkte oppfølging av styrets og representantskapets behandling av sluttrapporten fra samhandlingsprosjektet «Skreddersøm av interkommunale rehabiliteringstjeneste».

Namdal Rehabilitering har i 2013 og 2014 hatt årlige samlinger for rehabilitering koordinatører og helse- og omsorgsledere i eierkommunene hvor det er orientert om forprosjektet.

5.2 ORGANISERING OG FINANSIERING

Arbeidet med forprosjektet er organisert i en prosjektgruppe med prosjektleder engasjert av Namdal Rehabilitering.

Prosjektgruppen har bestått av:

Hans Petter Hansvik	Namdal Rehabilitering	Prosjektleder
Salomon Østerås	Namdal Rehabilitering	Fysioterapeut
Ragnhild Røen	Namdal Rehabilitering	Ergoterapeut
Ellen Sjelmo	Namsos kommune	Fysioterapeut
Gørhill Skogseth Andreassen	Namsos kommune	Leder avdeling forebyggende og helsefremmende tjenester
Anneli v. Ibenfeldt	Vikna kommune	Sykepleier
Pål Sæter Eiden	Vikna kommune	Helse- og sosialsjef
Marianne Hedlund	Høgskolen i Nord Trøndelag	Professor helsevitenskap

Namdal Rehabilitering har vært prosjekteier og har inngått samarbeidsavtaler med Namsos og Vikna kommuner og Høgskolen i Nord Trøndelag om deltakelse i arbeidet. Høgskolen i Nord-Trøndelag har deltatt for å ivareta faglig kvalitet forskningsfaglig.

Overhalla kommune er fra mars 2015 invitert inn i arbeidet med forprosjektet ut fra at de setter i gang prosjekt med hverdagsrehabilitering som er egnet som modell i et hovedprosjekt. Helse – og omsorgsleder Bente Eidesmo og avdelingsleder for hjemmetjenesten Beate Galguften Aunet har deltatt i ett møte i prosjektgruppen. Prosjektgruppen har i alt hatt 8 møter i perioden sept. 2014 til 23. juni 2015.

Styret for Namdal Rehabilitering fikk en foreløpig presentasjon av arbeidet med forprosjektet i møte den 3. juni 2015 og vil forta en formell behandling om videreføring den 26. august 2015

Arbeidet med forprosjektet er finansiert gjennom kvalifiseringsstøtte fra Regionalt Forskningsfond Midt-Norge, tilskudd fra «Namdalsmidler» (Høgskolen i Nord Trøndelag og kommunene i region Namdal) og egne midler.

5.3 FRAMDRIFT

Framdriftsplanen er justert flere ganger i prosjektperioden på grunn av arbeidsmessige forhold og uforutsett fravær. Ved oppstart / søknad om finansiering var arbeidet planlagt avsluttet 15. februar 2015.

En tar nå sikte på at prosjektrapport med anbefalinger om eventuell videreføring foreligger til 15. juli. 2015

	2014							2015						
	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan	feb.	mars	april	mai	juni	sept
Organisering og forankring														
Kunnskapsinnhenting														
Hovedmål og sentrale problemstillinger														
Interessentanalyse														
Brukerutvalg														
Metodevalg														
Beslutning om hovedprosjekt														
Pappport forprosjekt														
Prosjektbeskrivelse hovedprosjekt														
Søknad finansiering hovedprosjekt														

Styret for Namdal Rehabilitering vil behandle prosjektrapporten den 26. august og ta stilling til om arbeidet skal videreføres i form av søknad om forskningsmidler til et hovedprosjekt som skissert.

6 BESKRIVELSE AV REHABILITERING VED NAMDAL REHABILITERING

6.1 HISTORIKK

Namdal Rehabilitering (NR) er en interkommunal rehabiliteringsinstitusjon med 26 heldøgns plasser som har vært i drift siden 2006. Tiltaket er organisert som et interkommunalselskap (IKS) og omfatter 13

kommuner i Namdalen og Bindal kommune i Nordland, samlet knapt 40 000 innbyggere. Institusjonen kom i stand etter en lang planleggings – og beslutningsprosess (5 år). Tiltaket ble initiert og utredet under et annet forvaltnings- og finansieringssystem enn det som var på plass når institusjonen skulle drives. I denne perioden gikk en over fra sentral finansiering til organisering av helseforetak med avtale med rehabiliteringsinstitusjoner. Namdal Rehabilitering fikk avtale med Helse Midt-Norge tilsvarende bruk av 12 plasser til fremforhandlet døgnpris. Fra 2010 ble avtalen redusert til 8 plasser, som ble videreført fra 2014 med et tillegg om også å gi tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering (Raskere tilbake) tilsvarende bruk av 2 plasser. Reduksjon i omfang og innhold i avtale med spesialisthelsetjenesten og noe varierende bruk fra eierkommunene medførte en omstillingsprosess hvor en måtte legge større vekt på å utvikle samarbeidet med og styrke forankringen i eierkommunene med en sterkere synliggjøring av tilbudet. Denne prosessen har ført til at utnyttingsgraden er økt fra 66% (2011) til 83% i 2014 og nærmere 90 % så langt i 2015. Det er kommunal rehabilitering som i hovedsak står for denne økningen.

Deltakelse i forskning innenfor rehabilitering som kommunen har ansvar for må også ses på som en del av denne omstillings- og utviklingsprosessen.

6.2 BESKRIVELSE AV TILBUD OG BRUKERE.

6.2.1 Samarbeidsavtaler

I 2013 ble det inngått formaliserte likelydende samarbeidsavtaler mellom eierkommunene og Namdal Rehabilitering. Samarbeidsavtalen erstatter ikke det formelle rammeverket for det interkommunale selskapet – selskapsavtalen og vedtekter. Det er en avtale som i sterkere grad skal befeste en felles forståelse av Namdal Rehabilitering sin funksjon og rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regulere samhandling og samarbeid om tiltak.

Samarbeidsavtalen inneholder:

- Formål og virkeområde (rehabilitering)
- Bestemmelser om hvordan døgnramme og betaling for opphold beregnes for den enkelte kommune
- Retningslinjer for henvisninger og inntak – forlenging av opphold og prosedyrer når det er usikkerhet omkring om rehabiliteringsopphold er hensiktsmessig
- Retningslinjer ved avslutning av opphold og oppfølging.
- Bruk av ambulante tjenester og samarbeid om felles kompetansetiltak
- Avviksbestemmelser.
- Kommunene prioriterer brukere
- Modell for disponering av plasser og betaling etter folketall og eierandeler
- Jevnlig brukerstatistikk til kommunene

6.2.2 Kommunale brukere

Samarbeidsavtalen slår fast at det er den enkelte kommune (inntaksutvalg / koordinerende enhet) som prioriterer brukere for opphold. Brukerutvalget fra kommunene vil derfor være variert både i forhold til diagnose og behov, noe avhengig av kapasitet og kompetanse i den enkelte kommune. Denne vil naturlig nok variere sterkt fra den minste kommunen med knapt 500 innbyggere til den største kommunen med 13 000 innbyggere. I 2014 var det 250 brukere henvist fra kommunene som fikk tilbud ved senteret.

Gjennomsnittsalderen er 70 år, det er 37 % menn og 63 % kvinner. Muskel- og skjelettplager, aldersrelaterte funksjonsfall og rehabilitering etter brudd /operasjoner er de vanligste årsakene til oppholdet, men lettere psykiske lidelser utgjør ofte en tilleggskomponent (Intern statistikk, Namdal Rehabilitering).

Forløpet er det i grove trekk slik:

- Henvendelse fra bruker selv hjemmetjeneste eller fastlege til koordinator kommunen.
- Prioritering, henvisning til døgnopphold ved Namdal Rehabilitering innenfor den døgnsramme som kommunen har. De fleste opphold er 14 dager, men kan forlenges ved behov dersom en ser at en trenger lenger tid for å nå rehabiliteringsmålene.
- Planlegging av inntak som vanligvis kan skje i løpet av to – tre uker.
- Individuell tverrfaglig kartlegging, fastsetting av mål og ukeplan med trening, aktiviteter og undervisning.
- Løpende evaluering med sluttevaluering ved utreise.
- Kontakt med helse- og omsorgstjeneste i bostedskommune underveis og før avreise ved behov for umiddelbar oppfølging. Sluttrapport til henviser i samarbeid med bruker.

6.2.3 Spesialisert rehabilitering

Nåværende avtale med Helse- Midt – Norge tilsvarer bruk av 8 plasser for spesialisert rehabilitering innenfor muskel- og skjelettlidelser og lungesykdommer. En del av denne kapasiteten tilretteleggelse som gruppeopphold (kolsgruppe, artroseskole) med 3 ukers opphold og en oppfølgingsuke etter to – tre mnd. Det er som oftest fastlegene som søker inn. Søknad behandles av Regional Henvisningsmottak i Helse Midt Norge.

Fra 2014 har en i tillegg som del av ytelsesavtalen med Helse Midt Norge gitt tilbud om arbeidsrettet rehabilitering innenfor en ramme på inntil 670 døgn i 2014 og 1000 døgn i 2015.

7 BESKRIVELSE AV REHABILITERINGSTILBUDET LOKALT I EIERKOMMUNENE- VALG AV KOMMUNER SOM ARENA FOR FORSKNING

7.1 KARTLEGGING KAPASITET OG KOMPETANSE

Det er gjennomført en enkel skjemakartlegging av kommunenes kapasitet og kompetanse for rehabilitering i eierkommunene. Det er i tillegg sett på en del nøkkeltall og indikatorer i KOSTRA. Hovedtrekk fra kartleggingen viser:

- 7 kommuner mangler ergoterapeut.
- 6 kommuner har øremerkede rehabiliteringsplasser (døgn), men de fleste av disse kommunene skriver at plassene ikke fungerer etter forutsetningene. Det betyr at de ofte blir brukt til andre korttidsbehov, pleie eller avlastning. Bemanning, herunder fysioterapiressurs, tilknyttet disse plassene viser at det vil være vanskelig å gi tilbud om intensiv rehabilitering.
- Ingen av kommunene dagtilbud innenfor rehabilitering.

- Det er med unntak av 2 – 3 kommuner lav fysioterapidekning og mye av fysioterapikapasiteten er organisert i små driftsavtaler som gir liten kommunal styring og prioritering av tjenesten med redusert mulighet for intensive rehabiliteringsopplegg (daglig trening og oppfølging)
- Bare halvparten av kommunene har helse – og omsorgspersonell med videreutdanning i rehabilitering.
- Stor mangel på psykolog – og logopedkompetanse.
- En kommune (Namsos) har arbeidet systematisk med hverdagsrehabilitering i helse- og omsorgstjenesten (prosjekt med **innsatsteam** som senere er etablert som permanent del av driftsorganisasjonen). Se egen omtale under kap. 6.4
- En kommune (Overhalla) er i en oppstartfase med utprøving av hverdagsrehabilitering som del av et større KS – prosjekt. Se egen omtale under kap. 6.5

7.2 KAPASITET FYSIOTERAPI I EIERKOMMUNENE

Årsverk for fysioterapeuter i kommunehelsetjeneste 2014					
	Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjeneste				Årsverk pr. 10000 innb.
	Avtaleformer i alt	Med driftsavtale	Med fast lønn	Turnuskandidater	Avtaleformer i alt
1703 Namsos	12	5,7	5,3	1	9,2
1725 Namdalseid	2,6	1,6	1	0	16
1738 Lierne	1,9	1	0,8	0	13,5
1739 Raarvihke Røyrvik	1,2	0,2	1	0	25,3
1740 Namsskogan	1	1	0	0	11,7
1742 Grong	3,2	2	1,2	0	12,8
1743 Høylandet	2,8	1,9	0,8	0	22
1744 Overhalla	2,9	1,8	1,1	0	7,8
1748 Fosnes	0,8	0,7	0,1	0	13,2
1749 Flatanger	1,5	1,2	0,3	0	13,3
1750 Vikna	2,1	2,1	0	0	4,8
1751 Nærøy	3,9	3	1	0	7,8
1755 Leka	1	1	0	0	18,1
1811 Bindal	2,1	1,5	0,6	0	14,2

Kilde: SSB /KOSTRA juni 2015, omfatter KOSTRA-funksjonene 233, forebyggende helsearbeid og 241| diagnose, behandling og rehabilitering.

Det må tas noe forbehold om feil / tilfeldigheter ved rapporteringen fra kommunene. Dette omhandler personell som arbeider på flere arbeidsområder (funksjoner i KOSTRA), og fordelingen kan være tilfeldig og / eller ikke i samsvar med reelle forhold.

Statistikken underbygger resultatene fra kartleggingen med store kommunale forskjeller i fysioterapidekningen og at en stor del av kapasiteten er knyttet til driftsavtaler med de begrensninger som vist til under kap. 6.1.

Det er gjort forsøk på å hente ut tilsvarende statistikk fra KOSTRA for ergoterapeuter. Disse stillingene er vanligvis rapportert som en del av pleie- og omsorgstjenesten. Uttrekk av statistikk viste så vidt store avvik fra faktiske forhold i form av underrapportering at den ikke publiseres her.

7.3 VALG AV KOMMUNER SOM ARENA FOR FORSKNING.

En har drøftet ulike modeller / organisering som arena for eventuell forskning.

- Intensiv døgnbasert rehabilitering ved Namdal Rehabilitering
- Hverdagsrehabilitering i kommunen, 1 – 2 kommunecase.

Når en i forskningsmessig sammenheng skal belyse ulike *modeller* for organisering og innhold i kommunal rehabilitering har vi stilt noen krav til det må være tydelig struktur, tverrfaglighet og en viss dimensjonering (kapasitet) i tjenesten i de kommunene som deltar.

Som det går fram av kartleggingen er slike minimumskrav ikke oppfylt i mange av eierkommunene. Etter en vurdering har prosjektgruppa anbefalt Namsos kommune og Overhalla kommune som egnede case for å studere effekter av rehabilitering.

7.4 NAMSOS KOMMUNE

Namsos beskriver tilbudet slik

7.4.1 Ambulerende Innsatsteam

Ambulerende Innsatsteam i Namsos kommune består av to fysioterapeuter i 100 % stilling og en ergoterapeut i 50 % stilling. Teamet er en del av Fysio- og ergoterapitjenesten og er underlagt avdeling for helsefremmende og forebyggende tjenester. Ambulerende Innsatsteam er et tverrfaglig team som foretar funksjonsvurdering, kartlegging og tilrettelegging av bolig og nærmiljø og igangsetting av tiltak i oppfølgingsperioden.

Formålet med teamets arbeid er å gjøre brukere i stand til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Bruker skal sikres trygghet i den livssituasjonen han/hun er i. Teamet skal hovedsakelig inn i overgangssituasjoner hos brukere som utskrives fra sykehus, korttidsopphold eller rehabiliteringsinstitusjon. Ett av målene er også å forebygge re-innleggelser.

Målgruppen Ambulerende Innsatsteamet jobber med:

- Pasienter som skrives ut fra spesialhelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjon som trenger tverrfaglige tjenester.
- Tjenestemottakere som har funksjonsfall
- Tjenestemottaker er over 18 år

Tjenesten tildeles av brukerkontoret ved at de i Profil oppretter tjenesten "Innsatsteam". Tjenesten skal inneholde følgende standard:

- Tjenesteutøvelsen skal ta utgangspunkt i brukers ressurser, mål, behov og ønsker.
- Tjenesten kan ved behov tilbys i form av tilpasset rehabilitering og tilrettelegging i heimen, for å få et tverrfaglig og koordinert tilbud i en tidsbegrenset periode.
- Tjenesten kan ytes i form av veiledning, opplæring, tilrettelegging og trening. Oppgaven kan utføres i samarbeid med ulike tjenestegrupper i helse- og omsorgstjenesten.

7.4.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering skal fra 01.03.2015 være et eget tjenestetilbud i kommunen. Her vil hjemmetjenesten i tett samarbeid med fagpersoner fra Innsatsteamet følge opp brukere som har fått tildelt tjenesten. Namsos kommune vil i første omgang rette seg mot følgende målgruppe for Hverdagsrehabilitering:

- *Personer som får problemer med å ivareta daglige aktiviteter de nylig har mestret på grunn av en funksjonsnedsettelse og/eller et fall. Herunder:*
 - *Brukere som søker kommunale tjenester for første gang.*
 - *Tidligere brukere med enkle tjenester som har hatt et funksjonsfall.*

Hverdagsrehabilitering er tidsbegrenset (6 uker), tverrfaglig og målrettet arbeid i en periode hvor bruker setter seg mål i samarbeid med helsepersonellet. Utgangspunktet for målsetting og tiltakene er hva *bruker opplever som viktige aktiviteter i livet sitt nå.*

Når bruker blir henvist til hverdagsrehabilitering vil det bli foretatt en tverrfaglig kartlegging hjemme hos bruker både i forhold til bolig, nærmiljø og brukers funksjon. Fokuset som ligger til grunn er hverdagsmestring, som er tanken om at alle brukere vi møter har ressurser og et grunnleggende ønske om å mestre hverdagen sin mest mulig på egenhånd (så langt det er forsvarlig). Målet er å gjøre bruker mer selvhjulpne og velfungerende i sitt liv. En aktiv tilnærming fremfor en passiv tilnærming. I stedet for å øke/sette i gang hjelp/bistand fra kommunens hjemmetjeneste settes det inn ressurser som arbeider med å styrke brukeren til å mestre selv.

Tiltak bygger på brukers mål og vil variere fra hver enkelt sak. Det kan være alt fra spesifikke treningsprogram og øvelser i heimen, samt praktiske oppgaver og gjøremål i hverdagen som bruker har utfordringer med å mestre. Hjemmetjenesten vil være sentrale i oppfølgingen da det er svært viktig at de hele tiden har fokus på å motivere bruker til å trene på å klare daglige gjøremål selv, fremfor at de utfører daglige gjøremål for brukeren.

Rapporteringsystem som nyttes er Profil. Her blir det laget egen mappe for Hverdagsrehabilitering, samt at det benyttes ulike kartleggingsskjema (SPPB og COPM). Hver bruker vil bli registrert i en egen beregning- og registreringsmodell, som gir oss tall på effekt av Hverdagsrehabilitering, både i forhold til innsparinger på reduksjon av hjemmetjenester, samt tall på score hos bruker i forhold til fysisk funksjon og egenopplevd mestring. IPLOS registreres også ved oppstart og etter endt oppfølgingsperiode.

7.4.3 Tildelingskriterier

Namsos kommunen har vedtatt følgende tildelingskriterier for hverdagsrehabilitering

Hjemmel

- Tjenestetilbudet «Hverdagsrehabilitering» inngår i tjenesten «Helsehjelp i hjemmet.»
- Beskrivelsene skal legges til grunn for tildeling av hverdagsrehabilitering i Namsos kommune
- Helsehjelp i hjemmet hjemles i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2, pkt. 6 a)
- Helsehjelp i hjemmet innvilges til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen og fyller vilkårene for å motta helsehjelp.

Målsetting

- Tjenesteyter og tjenestemottaker skal møte hverandre med verdighet og respekt
- Tjenesteyter skal legge vekt på å skape trygghet og tillit, og utføre tjenesten på en faglig forsvarlig måte.
- Tjenestemottaker skal legge til rette slik at tjenesten kan utføres godt og effektivt
- Målet med hverdagsrehabilitering er at tjenestemottaker skal bo i eget hjem så lenge som mulig.
- Tjenesteutøvelsen skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og bidra til å opprettholde eller gjenvinne egenmestring.
- Tjenestemottaker skal sikres trygghet i den livssituasjon han/ hun befinner seg i.
- Tjenesten ytes med økt fokus på forebygging og tidlig innsats.
- Ved god tilrettelegging i heimen, kan tjenesten gis som tilpasset rehabilitering i en tidsbegrenset periode.
- Tjenesten skal forebygge innleggelser på sykehus.

Tjenesten skal ytes til følgende standard

- Hverdagsrehabilitering utføres av hjemmetjenesten i tett samarbeid med bruker og Ambulerende Innsatsteam.
- Hverdagsrehabilitering innebærer raskt igangsatte tiltak med intensiv oppfølging i en tidsbegrenset periode opp til 6 uker.
- Videre behov vurderes i hver enkelt sak.

Hvem kan få tjenesten / Målgruppe

- Personer som får problemer med å ivareta daglige aktiviteter de nylig har mestret på grunn av en funksjonsnedsettelse og/eller et fall.
- Brukere som søker kommunale tjenester for første gang.
- Tidligere brukere med enkle tjenester, som har hatt et funksjonsfall.
- Brukere som vurderes utskrivningsklar fra sykehuset

7.5 HVERDAGSREHABILITERING I OVERHALLA KOMMUNE

Overhalla kommune er en kommune med om lag 3700 innbyggere. Kommunen er tidligere i KOSTRA sammenheng karakterisert som en institusjonskommune, med mange sykehjemsplasser og lav dekning med hjemmetjeneste. Fra 2008 omorganiserte man helsetjenestene og fikk endret tjenestetildeling ved å styrke kapasiteten i hjemmebasert omsorg. Man har her klart å skape vridning fra tidlig institusjonsplass til å ivareta brukerne hjemme. Gjennom dette har man skapt rom til omdefinere flere langtidsplasser til kommunal øyeblikkelig døgnplass.

Hjemmetjenestene tildeler i dag tjenester med fokus på tiltak og ut fra hvilke oppgaver bruker ikke er i stand til å utføre- som vi bistår brukeren med. Dette bidrar til overtakelse av funksjoner. Gjennom hverdagsrehabilitering vil kommunen vri måten de tildeler tjenester på. Denne gangen ved å tildele tjenester som bidrar til at brukeren i langt større grad kan bli selvhjulpen i stedet for at pleie- og omsorgstjenesten overtar brukerens funksjoner.

Ved å innføre hverdagsrehabilitering som metode i Overhalla, skal helse og omsorgstjenestene bli gode på å støtte brukerne til mestring av ønskelige aktiviteter i hverdagen. Slik vil brukerne kunne bevare og vedlikeholde funksjon og helse, og dermed utsette pleiebehov. Kommuner som over tid har gjort seg erfaring med hverdagsrehabilitering, rapporterer klar nedgang i total tjenestevedtaks volum (Furst og Høverland, 2014). Dette forventes også at man oppnår i Overhalla.

7.5.1 Hovedmål

Utvikle og prøve ut en modell for hverdagsrehabilitering i Overhalla kommune.

Hverdagsrehabilitering innføres som en tverrfaglig arbeidsmetode for tidlig innsats for innbyggere med begynnende funksjonsfall, eller endret hjelpebehov. Overhalla ønsker i tillegg å inkludere yngre brukere med nedsatt funksjonsevne.

Gjennom dette får brukere og pasienter i Overhalla hjelp til å utnytte og opprettholde sine ressurser, gjennom en tiltaksrekke som bidrar til bedre selvhjulpenhet, fremfor en tiltaksrekke som overtar funksjoner. Dette bidrar til at de lengre og med bedre funksjon kan fungere i egen bolig, og har opplevelse av et godt og rikt liv.

7.5.2 Delmål

- I og etter prosjektperioden jobbes det med holdninger hos ansatte og brukere i forhold til hverdagsrehabilitering, slik at man har felles forståelse for hovedmålsetning og hvordan man skal jobbe i tjenesten.
- I prosjektperioden har man funnet en bærekraftig modell for hvordan man kan jobbe kontinuerlig mot en slik hovedmålsetning i Overhalla. Man har klare tildelingskriterier og har innarbeidet tenkingen omkring hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i alle ledd.
- I og etter prosjektperioden bruker man teknologiske løsninger, som for eksempel i form av nettbrett og ulike kommunikasjonskanaler som facetime eller Skype for å motivere, følge opp eller bistå.
-

7.6 ØKENDE BEHOV KNYTTET TIL EN ALDRENDE BEFOLKNING.

Tabellen under viser bruk av døgnbasert rehabilitering – spesialisert rehabilitering etter henvisning fra Helse Midt-Norge og kommunal rehabilitering ved Namdal Rehabilitering IKS i perioden 2010 – 2012. Opphold i sykehusavdeling er ikke medregnet.

Tabell 6.6 a Forbruksrater for døgnrehabilitering i eierkommunene til Namdal Rehabilitering

Døgnopphold i rehabiliteringsinstitusjoner												
Spesialisert rehabilitering (alle institusjoner) og kommunal rehabilitering ved NR 2010 - 2012.												
Etter kommune	2010			2011			2012			Gjennomsnitt 2010 - 12 Pr. 1000 innb	Kommunal 2011 - 12 Pr. 1000 innb	Spesialisert 2012 - 12 Pr. 1000 innb
	Antall brukere											
	Kommunal	Spesialisert	Sum	Kommunal	Spesialisert	Sum	Kommunal	Spesialisert	Sum			
Namsos	50	96	146	40	72	112	69	90	159	10,8	4,1	6,7
Namdalseid	9	14	23	8	13	21	10	12	22	12,9	5,3	7,7
Lierne	7	9	16	10	9	19	11	6	17	12,2	6,6	5,6
Røyrvik	6	3	9	4	0	4	2	4	6	12,8	8,1	4,7
Namsskogan	7	2	9	8	1	9	12	7	19	13,4	9,8	3,6
Grong	19	8	27	21	6	27	23	13	36	12,6	8,8	3,8
Høylandet	13	13	26	15	7	22	19	4	23	18,7	12,4	6,3
Overhalla	19	17	36	13	7	20	19	12	31	8,0	4,7	3,3
Fosnes	4	2	6	7	10	17	8	6	14	18,6	9,6	9,1
Flatanger	8	11	19	6	17	23	4	13	17	17,6	5,4	12,2
Vikna	14	11	25	20	11	31	22	22	44	8,0	4,5	3,5
Nærøy	12	30	42	24	38	62	23	29	52	10,4	3,9	6,4
Leka	5	9	14	3	7	10	6	8	14	21,7	8,0	13,7
Bindal	7	5	12	6	5	11	9	10	19	8,9	4,6	4,2

(Intern statistikk Namdal Rehabilitering 2013, Prosjekt skreddersøm av interkommunal rehabiliteringstjeneste)

Forbruksrater for døgnrehabilitering er regnet ut som gjennomsnitt for hele perioden. Ratene varierer betydelig fra kommune til kommune, det samme gjelder for fordelingen mellom spesialisert og kommunal rehabilitering.

For 2012 er pasienttallet for kommunal og spesialisert rehabilitering om lag det samme for disse kommunene. Selv om en korrigerer for spesialisert rehabilitering utenfor regionen og lokale tilbud i den enkelte kommune (som oppfyller kriteriene for å kalles rehabilitering), vil jeg anta at en i dette området (Namdalen + Bindal) har oppnådd en arbeidsdeling med om lag like mange pasienter på begge helsetjenestenivåene.

Endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning er den viktigste driveren for framtidige behov for rehabiliteringstjenester. 2235 flere innbyggere over 70 år (se tabell nr.6.6. b) i regionen vil uansett medføre økt behov for økt rehabiliteringskapasitet, noe uavhengig av hvordan behovet møtes.

Tabell 6.6 b Befolkningsframskriving for personer over 70 år i eierkommunene til Namdal Rehabilitering

Befolkningsutvikling etter aldersgruppering 2014 - 2030									
	Befolkning i alt			70 år og eldre			Andel 70 år og eldre		
	2014	2020	2030	2014	2020	2030	2014	2020	2030
1703 Namsos	13083	13486	14227	1477	1787	2281	11 %	13 %	16 %
1725 Namdalseid	1676	1648	1644	261	284	366	16 %	17 %	22 %
1738 Lierne	1385	1324	1271	219	264	330	16 %	20 %	26 %
1739 Raarvike Røyrvik	498	482	459	86	101	114	17 %	21 %	25 %
1740 Namsskogan	922	901	861	175	192	209	19 %	21 %	24 %
1742 Grong	2449	2529	2684	383	397	499	16 %	16 %	19 %
1743 Høylandet	1257	1248	1222	192	223	259	15 %	18 %	21 %
1744 Overhalla	3732	3956	4327	435	512	685	12 %	13 %	16 %
1748 Fosnes	642	608	566	116	127	141	18 %	21 %	25 %
1749 Flatanger	1120	1123	1136	173	192	253	15 %	17 %	22 %
1750 Vikna	4321	4516	4899	510	566	728	12 %	13 %	15 %
1751 Nærøy	5064	5162	5440	693	825	937	14 %	16 %	17 %
1755 Leka	556	519	471	113	131	143	20 %	25 %	30 %
1811 Bindal	1503	1430	1328	261	309	368	17 %	22 %	28 %
Sum eierkommuner	40222	40952	42565	7108	7930	9343	18 %	19 %	22 %

Kilde: SSB 2015, befolkningsframskrivinger etter alder, alternativ MMMM

De neste 15 årene vil eldre over 70 år øke med 22 %. Aldersrelaterte forbruksrater for rehabilitering i døgninstitusjon sammen med befolkningsveksten blant eldre gir grunnlag for å dimensjonere den framtidige kapasitet som må være til stede dersom tjenestene skal innrettes som i dag og forbruksratene skal være uforandret. Slike beregninger er ikke gjort i forprosjektet, men tallene illustrerer likevel et sterkt behov for å få gode beslutningsgrunnlag for hvordan rehabilitering best kan organiseres for å få best mulig effekt.

8 PROBLEMSTILLINGER OG METODE

8.1 VALGT PROBLEMSTILLING

Etter drøftinger i prosjektgruppa er kan problemstillingen i et forskningsprosjekt formuleres slik:

Hva belyser effekter på eldre brukeres funksjonsnivå i døgnkontinuerlig rehabilitering og hverdagsrehabilitering i regi av kommunal helse og omsorgstjeneste?

- Hva skiller og hva er likt mellom casene? (NR case og 2 «kommune case»)*
- Hva skiller og er like effekter som beskrives av brukere og pårørende?*
- Hva skiller og er like effekter som beskrives av fagpersonell involvert i rehabiliteringstiltak?*

8.2 BEGRUNNELSE FOR VALGT PROBLEMSTILLING

Det er ulike problemstillinger som kan velges når en skal studere effekter av hverdagsrehabilitering. På bakgrunn av lite og uklart kunnskap om hverdagsrehabiliteringsprosesser og tiltak blant eldre, velges en utforskende og kvalitativ tilnærming og problemstilling. Dette fordi eldre som informantgruppe er en

vanskelig gruppe å gjøre spørreskjema undersøkelse og effektmåling på. Respons og svarprosent blant eldre ligger som regel lavt (Vik & Eide, 2012). Dermed vil det knyttes stor statistisk usikkerhet til resultat hos en respondentgruppe av eldre som mottar spørreskjema. I en kvalitativ undersøkelse vil hensikten være å utforske relevant tematikk og for mer informasjon om effekter av rehabilitering, slik at man på sikt kan utvikle bedre effektmål av rehabilitering for gruppen eldre. Dette er begrunnelsen for valg av problemstilling om effekter av rehabilitering.

8.3 FORSKNINGSMETODE OG FORSKNINGSDSIGN.

Antall primærinformanter (brukere) og sekundærinformanter (pårørende og fagpersonell) vil være begrenset ut fra inklusjonskriteriene ved inntak over et begrenset tidsrom. En kvantitativ tilnærming med utstrakt registrering av mulige påvirkningsfaktorer og skalert funksjonsmåling med tilhørende statistisk analyse vil derfor gi usikre og tilfeldige resultater.

Data vil bli samlet inn om brukere av rehabiliteringstjenester i 2 case-kommuner (Overhalla og Namsos) og 1 case fra en døgkontinuerlig rehabiliteringsinstitusjon (Namdal Rehabilitering). Formålet med case type studier er å få dybdekunnskap om samme fenomen. I dette tilfelle eldre brukere av rehabilitering. Hensikten er å utvikle systematisk kunnskap og få innsikt som kan brukes for å teste en hypotese på et større representativt utvalg. Casestudier er velegnet metoder i ulike sammenhenger og spesielt egnet for å studere mer sjeldne, enkeltstående eller mer komplekse fenomen- slik som rehabilitering av eldre. Å studere effekter av rehabilitering i form av casestudier gir god mulighet for å trekke deskriptive slutninger av resultatene i undersøkelsen (Yin2014).

Det velges en deskriptiv tilnærming når rehabilitering studeres i casestudiene. På den måten etterstrebes det å undersøke et begrenset antall brukere i et begrenset antall case spesifikt med tanke på å sammenligne og se på forskjellene og likhetene mellom casene. Dette for å forstå bedre hvordan effekter av rehabilitering overfor eldre kan utvikle seg i regi av ulik praksis i kommunene. Fordelen ved kvalitative case metoder er at den nøye belyser hva som blir sammenlignet og hva som ikke er mulig å sammenligne, samt at den gir kunnskap med utgangspunkt i informantenes egne perspektiv, ikke hva forskeren på forhånd har definert som det mest relevante.

9 KUNNSKAPSTATUS - RELEVANT FORSKNING

Når en skal belyse en problemstilling knyttet til effekter av rehabilitering for eldre forskningsmessig er det nyttig å se på eksisterende kunnskap gjengitt i anerkjente kilder for forskning. Dette kan gjøres gjennom å analysere hva som finnes av forskning på feltet gjennom systematiske eller tilfeldige litteratursøk (Kilvik & Lamøy 2007). Et slikt søk det mulig å vite hvilken vitenskapelig informasjon som finnes om tema fra før gjennom å studere forskningsresultat som blir presentert i medisinske, helsefaglige og andre tidsskrift. Formålet med litteratursøk er å skaffe kunnskapsoversikt gjennom bruk av en planmessig, begrunnet, dokumentert og etterprøvbar metode for å skaffe seg en oversikt over forskningsfeltet (Haraldstad & Christophersen, 2004, s.117).

8.1 LITTERATURSTUDIE OG SØKER STRATEGI

I dette tilfelle ble det ikke gjort systematiske søk i populærvitenskapelige tidsskrifter eller i vanlige søkemotorer som Google Scholar eller helsebiblioteket. Dette fordi disse kildene gjerne henviser til kommersielle kilder og at de vanligvis ikke fyller kravene for vitenskapelig litteratur. Isteden ble det gjort et litteratursøk i *Oria*. *Oria* er en felles portal tilgjengelig for ansatte ved høgskole og universitetsbibliotek å søke i, og der henvises det til både vitenskap på engelsk og vitenskap og utredninger på norsk. *Oria* gjør det også mulig å søke på sentrale ord og MESH termer på engelsk og norsk. Portalen samler inn via BibSys material og der gjengis vitenskapelige publiseringer og forskning funnet i de fleste norske fag- og forskningsbibliotek, supplert med en mengde elektronisk materiale fra åpne kilder. Med *Oria* som referansekilde eller database ble det mulig å søke systematisk etter ord og kombinasjoner av ord gjengitt som nøkkelbegrep eller titler som er publisert om samme tema og studere disse intensivt. Litteratursøket inkluderte kjerneord fra problemstillingen og søkene ble avgrenset til å gjelde forskning, faglitteratur eller utredninger som inkluderer forskning de siste 10 årene (2004-2014), samt forskning som viste til rehabilitering av eldre over 65 år. Hvilke MESH term og kombinasjoner som ble brukt som søkerstrategi angis i tabell 8.1 under.

Tabell 8.1

Litteratursøk Oria (antall publiseringer pr søk ord) - inkluderingskriter	
# 1 Hverdagsrehabilitering	11
#2 Funksjonsnivå	80
# 3Eldre	3429
# 4 Effekter	71884
# 5 Døgnbehandling	1
Totalt # 1 t.o.m. # 5	0

I søket var det vanskelig å gjøre et skille mellom forskning som var døgn kontinuerlig og ikke døgn kontinuerlig. Dette fordi forskningslitteraturen ikke gjorde et skille mellom disse rehabiliteringstjenestene til eldre. Også søk på in-clinic and out of clinic rehabilitation ga lite treff i datakildene. Søkerstrategien ble isteden å ikke gjøre et skille mellom døgnbasert og ikke-døgnbasert rehabilitering i kildene som ble analysert.

Tabell 8.1 angir antall treff på kjerneord i problemstillingen og kombinasjoner av disse. Som tabellen viser var det ingen treff i datakilden til forskning eller faglitteratur som traff alle inkluderingskriteriene det ble søkt på. Det betyr allikevel ikke at det ikke finnes forskning om effekter av rehabilitering for eldre, snarere at det kan være vanskelig å finne ut hva man vet fra før, fordi det er brukt andre ord enn de som ble benyttet her i

dette litteratursøket. Det er allikevel mulig å si at det ikke finnes overdrevet mye forskning om dette tema som er publisert. I litteratursøket ble det ekskludert direkte kliniske studier som gjenga effekt av medisiner for pasienter som var under rehabilitering og som var eldre, samt kliniske studier som sammenlignet effekter av ulike medisinske eller helsefaglige behandlingsmetoder. Dette fordi disse studiene ble ansett irrelevant for problemstillingen.

Etter en kvalitativ bedømming av søkene var det i alt 14 vitenskapelige artikler, utredninger eller fagbøker som møtte inkluderingskriteriet. Av de var kun 1 en oversiktsartikkel (såkalt review) fra Cochrane basen. Den omfattet kun forskningsoversikt over forholdet mellom hjemmebasert og senterbasert Cardiac Rehabilitering for eldre (Taylor, Dalal, Moxham & Zawada 2010). Selv om denne oversikten ga begrensede opplysninger og kun i forhold til pasienter med hjerte og kar sykdommer, ble den inkludert fordi den ga en viss oversikt over effektiviteten mellom hjemmebasert og institusjonsbasert rehabilitering til eldre. Det var en del utredninger som ble inkludert i litteratursøket. Flere av disse utredninger gjenga mer helsefaglige anbefalinger enn kunnskap basert på vitenskapelig dokumentasjon. De ble allikevel inkludert når utredningene refererte til annen forskning som var relevant for valgt problemstilling. En vitenskapelig antologi hvor ulike forskere skriver om rehabilitering er også inkludert i litteraturstudie (Solvang & Sletterød 2001).

Alle artikler og fagbøker som inkludert ble kritisk gjennomgått kvantitativ så vel som kvalitativ i forhold til hvilke opplysninger de ga og kunnskapstatus om kjerneord i problemstillingen.

8.2 HVLKE FORSTÅELSE AV REHABILITERING FINNES?

Forskningsbasert kunnskap anses vanligvis å referere til kunnskap som er basert på forskning med anerkjente vitenskapelige metoder og teori. Innen feltet rehabilitering kan metoder og teori som anvende være innen naturvitenskap, humaniora og samfunnsvitenskap (Solvang & Slettebø 2011). Dette siden rehabilitering er et vidt begrep med et tverrfaglig og stort nedslagsfelt, hvor fellesnevneren ofte er en skade med en påfølgende forbedringsprosess (ibid.). Lindqvist (2000) kaller rehabiliteringsfeltet et «kraftfelt» hvor ulike interesser og fagfelt er involvert. Alm Andreassen (2011) argumenterer for at rehabilitering både handler om individer og prosesser og at rehabilitering ikke er en avgrenset prosess for pasienter. Snarere er rehabilitering en livslang prosess for enkelte pasienter, blant annet de som ikke blir friske selv om de får rehabiliterende tiltak og behandling ved rehabiliteringsinstitusjoner eller helsetjenesten for øvrig.

Solvang & Slettebø (2011, s. 27) mener at forskning om rehabilitering kan ses som forskning som studerer mennesker som er syke eller har funksjonsnedsettelse i et livsløp. Fagområdet barnehabilitering skiller seg fra fagområde voksenrehabilitering som igjen skiller seg fra fagområdet rehabilitering for eldre. Når det gjelder fokus for rehabilitering av eldre mener Krohne & Bergland (2011) at dette er kunnskap som er viktig for all forskning om rehabilitering, siden det er eldre som er den største gruppen som finnes innen rehabiliteringsfeltet.

Når det gjelder ledende teori om forskning om rehabilitering til eldre henvises Krohne & Bergland (ibid.) til tilbaketrekkingsteori og aktivitetsteori som de mest vanlige. De mener at forskning om rehabilitering til eldre bør forholde seg til begge disse teoretiske forståelsesformene. Dette fordi behandling og rehabilitering for

eldre ofte er interaktive og suksessive prosesser. Dermed er det lite formålstjenlig når det forskes på rehabilitering i forhold til eldre å studere konsekvenser for eldre i en for snever og avgrenset tidshorisont slik vanlig er innen medisinsk forskning. Selv om rehabilitering skjer i en avgrenset periode etter at behandling er gjennomført for voksne, vil det være annerledes når eldre studeres. Da er det viktig å studere mer helhetlige og kontinuerlige prosesser for å se effekter av rehabilitering, siden behandling og rehabiliteringstiltak ofte henger sammen. Vik & Eide (2012) hevder at rehabilitering i forhold til eldre handler om å øke reservekapasiteten og redusere sårbarhet. Eldre som går gjennom en kortere eller lengre sykdomsperiode kan gjennom rehabiliteringstiltak øke sin reservekapasitet og minke risiko for tidlig død og andre sykdommer.

8.3 ELDRE SOM MÅLGRUPPE FOR REHABILITERING

Forskningslitteraturen gjennomgått henviser til geriatriske pasienter eller eldre mennesker med aldersrelaterte sykdommer har større risiko for kormorbiditet, redusert reservekapasitet, funksjonsproblemer og redusert nettverk (Rockwood et al. 2010). Sykdommer opptrer ofte i kombinasjon hos eldre (kormorbiditet) og særlig de eldste har kombinasjoner av legemidler (polyfarmasi) som kan påvirke funksjonsnivå og evne til å utnytte reservekapasiteten. Skrøpeligheit (frailty) er ofte et begrep som brukes i forskning på rehabilitering av eldre. Skrøpelige eldre defineres gjerne som personer med multisykdommer, funksjonssvikt og liten reservekapasitet som står i fare for å dø eller komme på langvarig institusjon (Khrono & Bergland 2011).

Forskningslitteraturen viser at rehabilitering overfor eldre ofte får lite fokus, selv om det er store penger å tjene (Hjort & Furuseth 2010). Selv eldre som får redusert allmenn tilstand og får tillegg sykdom som krever behandling vil kunne nyttiggjøre seg av allmenne rehabiliteringstiltak som forhindrer eller utsetter eventuelle sykehusinnleggelse eller langvarig institusjonsopphold. Det vil av den grunn være samfunnsøkonomisk lønnsom å satse på forebygging og rehabilitering av eldre (ibid.)

Forskningen som gjøres på rehabilitering av eldre og effekter av rehabilitering knyttes til helseproblemer som fall, stroke, hjerte—og kar, hoftebrudd, hørselshemming eller allmenn skrøpeligheit (frailty) og død (morbidity). Det er også en del forskning knyttet til å se nedsatt funksjonsevne/svikt blant eldre som har disse helseproblemene og får rehabilitering.

I forhold til å studere effekter av rehabilitering er dette studert fremst i forhold til intervensjonsstudier som sammenligner ulike behandlingstyper eller grupper av eldre som har hjerte og kar sykdommer. Oversiktsartikkelen til Taylor et. al (2010) viser at hjemmebaserte tiltak kontra institusjonsbaserte tiltak kan være like effektive for lav risiko pasienter målt i forhold til risiko for dødelighet, kardiale hendelser, funksjonskapasitet og modifiserbare risikofaktorer (som systolisk blodtrykk etc.).

Johansson & Sundquist (2009) gir noen svar på effekter av rehabilitering ved en dedikert rehabiliteringsavdeling sett i forhold til rehabilitering i definerte rehabiliteringsplasser (korttidsplasser) ved sykehjem.

Det er lite oversiktsforskning som sammenligner effekter av døgnkontinuerlig rehabilitering og hjemmebasert rehabilitering i forhold til andre helseproblem enn hjerte og karsykdommer. Et implementeringsstudie av 2 ulike treningsopplegg blant funksjonsnedsatte eldre (62-65 år) viser positive

effekter av å trene hjemme med metoden FT og ST (Krebs et al. 2007). Et annet studie av stroke pasienter viser at pasienter som utskrevet fra sykehus hadde positive effekt av de sammenlignbare treningstilbudene men at det vanskelig å si at effektene ble langsiktige (Mead et. al 2007). Et tredje studie viser effekt når det gjelder forbedring av gangfart etter hjerterehabilitering blant eldre når det gjelder metabolske kostnader (Molino-Lova et al. 2012). En evaluering av et pilotstudie om hverdagsrehabilitering hos eldre (65+) i en kommune angir effekter av rehabilitering gjennom å bruke anerkjente vitenskapelige litteraturhenvisninger og metoder, selv om det formidles i form av en rapport og ikke gjennom forhåndskvalifiserte kilder i vitenskapelig tidsskrift (Hustoft & Stavanger kommune 2013). Rapporten viser at blant de 34 brukerne som mottok et spesielt hverdagsrehabiliteringstiltak i Stavanger kommune fikk betydelig bedre funksjonsnivå (målt i form av TUG) og økt aktivitetsnivå (målt i form av COMP) i etterkant. Eldre (65+) som hadde eller hatt rehabiliteringstiltak eller andre hjemmebaserte tjenester deltok i pilot studie. De hadde ulike typer og sammensatte helseproblem. Brukere med kognitive svikt og i palliativ behandling var ikke med i pilotstudie (Hustoft & Stavanger kommune 2013, s. 4). Et annet studie, som ikke spesifikt studerer eldre i rehabilitering, men ser på rehabilitering innen kommunale hjemmebaserte tiltak, viser at det finnes kjønnete forventinger fra tjenesteapparatet mot pårørende i rehabiliteringsprosesser (Breimo Paulsen, 2014).

8.4 MÅLEINSTRUMENT FOR EFFEKTMÅLING AV ELDRE I REHABILITERING

Det er brukt ulike mål eller måleinstrument for å studere effekt av rehabilitering overfor eldre i gjennomgått forskning i litteraturstudie.

STANDARDISERTE TESTER

Caplan & Shechter (2008) studie av testplasser for geriatrisk pasienter med nevropsykologiske tap viser at det kan være vanskelig å få nøyaktig informasjon om nevropsykologisk funksjon hos eldre personer med sensomotoriske begrensninger. Vanlige og standardiserte tester som fungerer for å måle begrensninger ellers i befolkningen, vil ikke være fornuftig å bruke på eldre. Isteden anbefales å ta i bruk tilpassede og fleksible teststrategier og teknikker for derigjennom å få fram bedre funksjonsmål. Ellers risikerer metodene å ikke fange ferdigheter hos eldre som fort går tapt når en måler etter standardtester. Vik (2012) advarer også mot studier som fremhever for sterk fokus på standardisering og sykdom fokus i forhold til rehabilitering av eldre. Når eldre ikke deltar i aktiviteter kan det ha å gjøre med omgivelser like mye som funksjonssvikt hos eldre (Ayis et. al 2003). Standardpakker og «hjelpefeller» kan bringe eldre over i passiv omsorg framfor bevaring av eksisterende aktivitet og funksjonsevne, mener Vik (2012).

Forskningen tyder på at eldre trenger fleksible og allmenne tilbud når de er inne i rehabiliterende prosesser, men at det trengs tilpassing i forhold til den enkelte og fokus på bevaring av restevner, ikke bare standardiserte tester og pakker. Studiet angir risk-predikatorer for eldre innen døgnkontinuerlig rehabiliteringsinstitusjoner/sykehus. Konklusjonen i studien viser at ingen standardiserte metoder eller måleinstrument er bedre enn andre, og ingen predikasjonsmål gir bedre bedømmelse for risiko for framtidig fall enn klinisk bedømming (Costa et. al 2015).

KARTLEGGING AV FUNKSJONER HOS ELDRE

Det er ulike måter å kartlegge funksjonsnivået til eldre på. I rapport om Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (Ness et al. 2012) henvises det til forskning brukt for å kartlegge innbyggere som er målgruppe for hverdagsrehabilitering og der gjengis studier som bruker ADL taxonomien (Gustafsson et al. 2010; Kainz 2009, Corlin 2008, Carlsson og Gustafsson 2002); bruk av Kats ADL trapp (Gunnarsson et al. 2011, Mickelsson og Prellwitch 2010); GMF mål for motorisk funksjon (Gunnarsson et al 2011, Kainz 2008). Av forskningsartiklene gjennomgått i litteraturstudie henviser flere til ICF og TUG som måleinstrument over eldre funksjonsnivå. ICF fokus på aktiviteter og deltakelse gjør det mulig å forstå fenomen som ensomhet og isolasjon som er viktige faktorer for å forebygge depresjon hos eldre (Thorsen & Clausen 2008).

I et studie om eldre kvinner (85+) som bor i kommunale bokollektiv i forhold til mobilitet over en ni års periode, brukes TUG som målnivå for mobilitetsevne (Idland et al. 2013). Det blir argumentert for at TUG er et bra måleinstrument for å vurdere balanse evne og ganglag spesielt hos skrøpelige eldre. I en kunnskapsoversikt om eldre pasienter med hoftebrudd (Norderhaug et al. 2010) og effekter av rehabilitering basert på studier funnet i Cohrane gir ingen klare indikasjoner på hvilke måleinstrument som er mest vanlig når det gjelder å måle effekter av rehabiliteringstiltak ved hoftebrudd. Kunnskapsoversikten viser dessuten at det ikke er noen klar definisjon på rehabilitering i RTC¹ studier om hoftebrudd og at det ikke er evidens for å hevde at effekten av ulike rehabiliteringstiltak er bedre enn andre.

Det henvises til annen forskning som underbygger at ICF baserte verktøy kan understøtte en helhetlig og tverrfaglig tilnærming til evaluering av rehabilitering som involverer brukere (Effgen & Escorpizo, 2010, Rauch et al. 2010). Men ingen av studiene ser konkret og sammenligner effekter av rehabiliteringstiltak for eldre ved hjelp av ICF, så her er det grunnlag for mer forskning. I studier som sammenligner effekter av rehabiliteringstiltak er det kun snakk om enkeltstående studier med spesielle og avgrensede problemstillinger – ofte i form av ADL målinger eller TUG mål, evt. andre måleinstrument som er spesifikke for det som blir studert. Svakhetene med disse måleinstrumentene av funksjonsnivå og evne til eldre mennesker er at de kun fanger begrensede og ikke deltakelse i aktiviteter og mulighet for bygge reserve kapasitet og forebygge sårbarhet hos eldre. Dermed blir effekter av rehabilitering ikke målt i forhold til tiltak som virker forebyggende og gjør til at eldre kan bevare eksisterende funksjonsnivå og aktiviteter (Vik 2012).

9.5 OPPSUMMERING

Det finnes relativt lite forskning på effekter av rehabilitering for eldre personer hvor en sammenligner effekter ved ulik organisering og innhold i rehabiliteringstilbudet. I litteraturstudie fins få sammenlignende studiene av institusjonsbasert og hjemmebasert rehabilitering til eldre. Når disse rehabiliteringstilbudene sammenlignes innen forskningen, gjennomføres de i form av enkelte stående studier, med ulike typer av måleinstrument og helseutfordringer. Det blir derfor vanskelig å finne evidens eller nøyaktig kunnskap om hva som gir best effekt av rehabilitering hos eldre. Litteraturstudie gir heller ikke et klart svar på hvilke måleinstrument som er det mest benyttede eller beste å bruke for å studere effekter av rehabilitering.

¹ RTC studier henviser til randomiserte kontrollerte utvalg som anses å gi høy kvalitet i forhold til å måle effekt av behandlingstilbud og kliniske metoder

Litteraturstudie viser dessuten at forskning av rehabilitering hos eldre studerer i forhold til svært ulike helseproblemer og med svært ulike metoder.

Hovedinntrykket fra litteraturstudiet viser det er vanskelig å eksakt vite når rehabilitering har effekt hos eldre, samt om døgnetvis tilbud av rehabilitering er bedre enn rehabilitering som skjer i eget hjem og næromgivelse. Litteraturstudie viser i tillegg forskningsfeltet eldre og rehabilitering er lite avgrenset og samordnet. Flere studier viser svakheter i å studere rehabilitering overfor eldre handler om lite rehabiliteringskompetanse og kapasitet hos profesjonelle, samt at det å øke denne kompetansen og kapasiteten er viktig for å lykkes forebygge ytterligere funksjonssvikt hos eldre brukere. Oppsummert viser litteraturstudie behov for mer viten om effekter av rehabilitering overfor eldre, og om ulike typer organisering av rehabiliteringstilbudet har effekt på lang sikt.

10 RELEVANTE UTREDNINGER OG RAPPORTER

9.1 HELSEDIREKTORATET, UNDERSØKELSE OM BEHOV OG TILBUD INNEN HABILITERING OG REHABILITERING

Rambøll & Helsedirektoratet (2014) har gjennomført en undersøkelse av behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering på oppdrag for Helsedirektoratet. Undersøkelsen er gjennomført i perioden juni til september 2014. Fokuset har vært på å avdekke mangler i tilbudene til enkelte grupper knyttet til kapasitet/intensitet i tilbudene som gis, mangler på kompetanse, samt hvorvidt enkelte brukergrupper har behov for tilbud som per i dag ikke finnes.

Undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med både brukerorganisasjoner og tjenesteytere fra både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Ettersom undersøkelsen kun er basert på kvalitativ metode, gir ikke datagrunnlaget mulighet for å trekke noen konklusjoner om i hvilket omfang disse manglene er gjeldende på nasjonalt nivå. Resultatene gir imidlertid en viktig pekepinn på hvilke områder det kan være nødvendig å undersøke nærmere, og på hvilke områder det ser ut til å være behov for å styrke innsatsen.

Her presenteres noen hovedfunn og konklusjoner fra undersøkelsen.

9.1.1 Samhandling innen habilitering og rehabilitering

Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og internt i de to ulike tjenestenivåene, synes fortsatt å være en stor utfordring mange steder.

Tverrfaglig kartlegging er sentralt i oppstart av et hvert rehabiliteringsforløp. Det synes å være noe tilfeldig hvilke instanser som deltar i kartleggingen av brukeres behov for habilitering og rehabilitering. Hvilke tjenester som inviteres med i kartleggingsprosessen synes å bestemmes av den tjenesten/avdelingen som brukeren først kommer i kontakt med. Dette vil påvirke utformingen av den enkelte brukers tilbud.

Gjennom undersøkelsen har det også kommet frem at det ved ordinære sykehusavdelinger kan være for lite fokus på rehabilitering. Det kan medføre at rehabiliteringstilbud, som fysioterapi, blir nedprioritert eller at rehabiliteringsprosessen starter på et sent tidspunkt i forhold til optimal rehabilitering.

Brukerorganisasjonene trekker frem at det er svært varierende i hvilken grad arbeidet med individuell plan resulterer i et helhetlig og koordinert habiliterings- eller rehabiliteringsforløp for brukeren. Videre fremkommer det at tjenesteytere opplever koordinatrollen som krevende, og at de har behov for kompetanse knyttet til blant annet møteledelse.

9.1.2 Kapasitet

Undersøkelsen har avdekket kapasitetsutfordringer innen både habiliterings- og rehabiliterings-tjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. I kommunene ser det ut til å være størst kapasitetsmangel knyttet følgende tjenester:

- Ergoterapi
- Logoped
- Fysioterapi
- Rehabiliteringsavdelinger

Kapasitetsmangelen kommer til uttrykk på flere måter:

- Ventetid
- Lengre mellomrom mellom behandling/oppfølging (lavere intensitet)
- Kortere konsultasjonstid/oppholdstid
- Det prioriteres strengt mellom brukere

Når det gjelder logoped, er det mange kommuner som ikke har tilgang på denne tjenesten. I de kommunene hvor det er tilgang på logoped, er det begrenset kapasitet og barn og ungdom prioriteres fremfor voksne. Når det gjelder ergoterapi, ser tilbudet ut til å være tilgjengelig i de fleste kommuner. Det ser ut til å være begrenset kapasitet i mange kommuner på grunn av for få årsverk. Enkelte små kommuner har ikke tilgang på denne kompetansen. I små kommuner er ergoterapitjenesten ofte slått sammen med fysioterapitjenesten. På grunn av liten kapasitet må ergoterapeutene prioritere mellom oppgaver. Det ser ut til at arbeid med hjelpemidler prioriteres foran for eksempel oppgaver som kognitiv rehabilitering.

Fysioterapitjenesten er vel etablert i kommunene som deltok i undersøkelsen, og en svært sentral tjeneste personer med behov for habilitering og rehabilitering. I flere kommuner ser det ut til å være manglende kapasitet i fysioterapitjenesten, noe som blant annet medfører prioritering mellom brukere, ventelister og begrenset intensitet i tilbudet.

Kapasitetsutfordringene i kommunene ser ut til å ha sammenheng med at kommunene gradvis får et større ansvar på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og at personer dermed skrives raskere ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er ikke tilbudet bygget opp for å imøtekomme den økte etterspørselen. Som eksempel kan nevnes kommunale rehabiliteringsavdelinger. Disse er vanligvis tilsluttet pleie- og omsorgssektoren, og flere steder lokalisert ved et kommunalt sykehjem som betjenes av personell i pleie- og omsorgssektoren. Etersom personer med rehabiliteringsbehov skrives raskere ut av spesialisthelsetjenesten enn tidligere, har flere behov for et kommunalt institusjonsopphold før de har høyt nok funksjonsnivå til bo i eget hjem. Med begrenset antall korttids- og langtidsplasser, fylles plassene opp, slik at det må gjøres prioriteringer med hensyn til hvem som skal direkte hjem og hvem som får

institusjonsplass. Tilbud om rehabilitering i hjemmet er i ferd med å bygges opp i mange kommuner, for å forsøke å imøtekomme disse utfordringene. Foreløpig har relativt få kommuner etablert et slikt tilbud.

Det fremkommer også mangler på kompetanse om habilitering- og rehabilitering blant fagpersoner som arbeider på feltet. Som eksempel kan nevnes pleie- og omsorgstjenesten, hvor flertallet av medarbeiderne har fagbakgrunn som sykepleiere, helsefagarbeidere eller er ufaglærte. Gjennom intervjuene har det fremkommet behov for å styrke den generelle kompetansen om habilitering og rehabilitering, med fokus på mestring og brukermedvirkning, fremfor det tradisjonelle fokuset på pleie og omsorg.

10.2 HELSE MIDT NORGE, REHABILITERING I MIDT – NORGE

En prosjektgruppe sammensatt av representanter for kommunene, sykehusene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene har utarbeidet en prosjektrapport med konkrete anbefalinger for å forbedre rehabiliteringstjenestene på begge nivå i helseregion Midt – Norge (Helse Midt-Norge & KS rapport, 2014).

Mer enn 400 fagfolk, brukere, ledere og politikere har vært involvert i prosjektet, blant annet gjennom deltagelse i regionale rehabiliteringskonferanser i de tre fylkene. Til nå har felles utfordringer og ansvar for rehabilitering vært uklart definert, og målet for prosjektarbeidet har vært å avdekke behov og gi faglig begrunnede forslag til tiltak.

Prosjektrapporten konkluderer med 80 begrunnede anbefalinger, fordelt på 8 kategorier, alt etter hvilken instans anbefalingene angår mest. Disse anbefalingene vil bli brukt til å videreutvikle tjenestene i både kommuner og spesialisthelsetjenester.

9.2.1. Anbefalinger som angår kommunene

- Kommunene må ha en fleksibel organisering av rehabilitering som kan tilpasses skiftende behov og som gjør det mulig å skreddersy tilbud til individuelle behov.
- Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/oppøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse.
- Fastlegenes rolle må tydeliggjøres i rehabiliteringsarbeidet, både i forhold til enkeltindivider og når det gjelder tjenesteutvikling.
- Andre sentrale profesjoner som det bør være tilgang på, alt etter brukers behov, er vernepleiere, psykologer og logopeder med generell rehabiliteringskompetanse. Kommunene må også ha kompetanse innen psykisk helse, sosialfag og spesialpedagogikk, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- Tverrfaglig oppøkende/ambulant rehabilitering må være et reelt tilbud i alle kommuner.
- Kommunens innbyggere må ha tilgang på plasser for døgner rehabilitering. Behovet for kommunal døgner rehabilitering anses å ligge mellom 0,3 og 0,5 plasser per 1000 innbygger.
- I de største kommunene anbefales det å opprette egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgner rehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem.

- Der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne rehabiliteringsavdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Det forutsetter at det etableres et nært samarbeid med kommunenes hjemmetjenester og/eller oppsøkende rehabiliteringstjenester som kan sikre oppfølging etter hjemkomst.
- Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (evt. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig.
- Kommunene skal ha en koordinerende enhet med rehabiliteringsfaglig kompetanse, og denne må ha eget telefonnummer og synliggjøres bedre i kommunenes nettsider av hensyn til befolkning og samarbeidspartnere.
- Rehabiliteringsområdet må synliggjøres i samarbeidsavtalene mellom lokale helseforetak og kommunene.
- Kommunene må styrke og videreutvikle rehabilitering. Dette vil på sikt gi samfunnsøkonomisk gevinst, og styrke kommunenes økonomiske bæreevne.

Prosjektet har avdekket mange brukergrupper med udekkede behov herunder eldre med økende funksjonstap

I rapporten gis det også en anbefaling om styrking av forskingsfeltet innen rehabilitering både nasjonalt og regionalt. Spesielt gjelder dette effektene av ulike tiltak både på individ – og systemnivå.

10.3 HELSEDIREKTORATET, UNDERSØKELSE AV REHABILITERING I KOMMUNENE- ERFARINGER MED TILBUD GITT I PASIENTENS HJEM / VANTE MILJØ

Rehabilitering i hjemmet har i den senere tid fått økt oppmerksomhet (Rambøll & Helsedirektoratet 2012). Å tilby ulike former for re-habilitering i hjemmet er blitt framhevet som en velegnet strategi for å møte det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner. Særlig har innføringen av samhandlingsreformen, hvor kommunene har fått økt ansvar for habilitering og rehabilitering, bidratt til å sette rehabilitering i hjemmet på dagsorden i kommunene. Tanken er at kommunene i en avgrenset tidsperiode setter inn en forsterket, tverrfaglig innsats til hjemmeboende med pleie- og/eller rehabiliteringsbehov, med fokus på rehabilitering og mestring. Ved å arbeide målrettet for å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent, kan behovet for varig og omfattende pleie i mange tilfeller reduseres, og behovet for institusjonsplass utsettes.

Flere norske kommuner har påbegynt arbeid med rehabilitering i hjemmet, og enkelte har hatt et slikt tilbud siden 2000. Den danske kommunen Fredericia og den svenske kommunen Östersund har bidratt med inspirasjon til hvordan tilbudet kan organiseres

Rambøll har gjennomført Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet i perioden august-oktober 2012.

Formålet med undersøkelsen har vært å innhente kunnskap og erfaringer fra et mindre antall kommuner som har satset målrettet på rehabilitering i brukerens hjem/vante miljø. Undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med ledere, ansatte og brukere i seks kommuner. Det gjelder kommunene Bodø, Bærum, Bømlo, Gjøvik, Mandal og Trondheim. Kommunene ble valgt ut av Helsedirektoratet.

Undersøkelsen er bygget opp rundt tre hovedtemaer, som samlet sett gir et bilde av hvordan kommunene arbeider med rehabilitering i hjemmet. Temaene er:

- *Organisering og samarbeid*
- *Praksis og arbeidsmåter*
- *Erfaringer og resultater*
- *Satsning på rehabilitering i hjemmet*

9.3.1 Organisering og samarbeid

Denne undersøkelsen viser at de seks kommunene i utvalget har valgt ulike måter å organisere sitt tilbud på, og har tilpasset tilbudet til lokale forhold i egen kommune. Uavhengig av organisering er de mest sentrale tjenestene fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og hjemmesykepleien. Enkelte kommuner har nylig startet arbeidet med rehabilitering i hjemmet, som Gjøvik og Mandal, mens andre har hatt tilbudet lenge, som Bærum og Trondheim. Dette får naturligvis følger for hvor godt innarbeidet tilbudet er i det kommunale tjenesteapparatet.

Undersøkelsen har avdekket noen overordnede forhold som har vist seg å være avgjørende for å få i stand en satsning på rehabilitering i hjemmet i kommunene. For det første må satsningen være forankret på politisk og administrativt nivå i kommunen. Dette kan bidra til å understøtte forankrings- og implementeringsprosessen utover i tjenestene. Videre krever satsningen at kommunen er villig til å investere midler til rehabilitering i hjemmet, med økt ressursinnsats i starten av rehabiliteringsforløpet, ut ifra en tro på at arbeidsformen vil være kostnadsbesparende på lengre sikt. Det er også avgjørende å sette av tid i oppstarten for å avklare overordnede mål og strategier for satsningen, legge konkrete planer for eventuelle ansettelser eller omstruktureringer som må til for å etablere tilbudet, samt å opprette kontakt med involverte aktører/tjenester. Flere kommuner har god erfaring med egne arbeidsgrupper og dedikerte nøkkel-personer. Til sist kreves det at kommunen arbeider grundig og kontinuerlig med informasjonsarbeid og holdningsendring blant tjenestene som berøres av arbeidsformen. Det er nødvendig med en felles oppfatning av hva rehabilitering innebærer, og kunnskap for å endre vante tanke- og atferdsmønstre knyttet til pleie og omsorg. Sistnevnte gjelder særlig personell med lang erfaring innen pleie- og omsorgstjenesten som skal utføre rehabiliteringsoppgaver.

9.3.2. Brukerne

De fleste kommunene arbeider hovedsakelig med eldre pasienter. Undersøkelsen viser også at individuelle trekk ved brukerne er viktige for å lykkes med rehabilitering i hjemmet. Av særlig betydning er det at brukerne selv er motiverte, eller lar seg motivere, til å gjøre en innsats. Videre må de ha et funksjonsnivå som er høyt nok til at de kan fungere i eget hjem uten døgntilsyn, og de må ha et rehabiliteringspotensial. Sistnevnte innebærer at de har mulighet til å forbedre sitt funksjonsnivå.

Alle kommunene arbeider systematisk med kartlegging av brukerne, først og fremst for å vurdere hvorvidt brukeren ønsker og kan ha nytte av rehabilitering i hjemmet fremfor andre typer tilbud, som eksempelvis opphold på rehabiliteringsinstitusjon eller ordinær hjemmetjeneste. Kartlegging benyttes videre for å få et bilde av brukerens funksjonsnivå, og for å avdekke brukerens ønsker og behov knyttet til eget funksjonsnivå. I samtlige av de seks kommunene i undersøkelsen er det et sterkt fokus på at brukeren skal involveres i utformingen av eget tjenestetilbud. Bruker har også vært med på å sette kortsiktige og

langsiktige mål for egen rehabilitering i samtlige kommuner. En grundig kartlegging av brukerens egne målsettinger og ønsker om fremtidig funksjonsnivå viser seg å være avgjørende for å utvikle et tilbud som er tilrettelagt brukerens behov. Kommunene arbeider strukturert med dette. Bruken av individuell plan og koordinator synes imidlertid å være lite utbredt blant brukerne som er omfattet av denne undersøkelsen.

9.3.3 Tverrfaglig tilbud

Rehabiliteringen i hjemmet involverer i hovedsak fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere/ansatte i hjemmetjenesten. Oppgavene dreier seg konkret om å bistå brukeren i trening for å bli selvhjulpel i dagligdagse gjøremål. Dette kan være knyttet til å bevege seg rundt i hjemmet, fysisk trening som balanseøvelser og trappegang, personlig hygiene som dusjing, matlaging, planlegging av aktiviteter og innkjøp, foreta innkjøp, eller kommunikasjon som å håndtere mobil-telefon. En forutsetning er at bruker har behov for et tverrfaglig tilbud, som utføres av personell innen flere ulike yrkesgrupper.

Den konkrete rehabiliteringen gjennomføres på ulike måter i kommunene i undersøkelsen. I enkelte kommuner har en etablert tverrfaglige rehabiliteringsteam, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, som er inne i brukerens hjem for å utføre rehabiliteringen. I andre kommuner benyttes hjemmetrenere, som er ansatt i kommunens hjemmetjeneste, som er involvert i rehabiliteringen under veiledning fra fagpersonell i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Andre kommuner har valgt en organisering hvor det primært er ansatte i hjemmetjenesten som utfører rehabiliteringen, men hvor fysioterapi og ergoterapi også inngår i tilbudet. Dette tyder på rehabiliteringen innebærer ulik grad av tverrfaglighet i de ulike kommunene. Sistnevnte organisering krever mer kompetanseheving blant ansatte, og må anses som en mer krevende og ambisiøs organisering, sammenlignet med å sentrere innsatsen til et tverrfaglig rehabiliteringsteam med eller uten trenede hjemmetrenere. En fordel ved å integrere rehabiliteringen i den ordinære hjemmetjenesten kan være at en ved å gjøre hjemmetjenesten oppmerksom på problemstillingene, i større grad kan fange opp potensielle brukere gjennom ansatte i hjemmetjenesten. Samlet viser undersøkelsen at det ser ut til å være hensiktsmessig å etablere et tverrfaglig team eller en arbeidsgruppe som gir tilbud om rehabilitering i hjemmet, og som arbeider målrettet og dedikert med satsningen.

Undersøkelsen har også avdekket at flere kommuner har begrensede ressurser innenfor fysio- og ergoterapitjenesten, og at kommuneøkonomi setter begrensninger for oppbemanning av disse tjenestene. Å la ansatte i hjemmetjenesten utføre rehabiliteringsoppgaver kan være en måte å løse denne ressursmangelen på. Samtidig kan en da stille spørsmål ved hvorvidt kvaliteten på rehabiliteringen blir like god, når oppgavene utføres av personell som ikke har spesifikk fagkompetanse innenfor rehabilitering.

Tildeling av rehabiliteringstilbud

Gjennom undersøkelsen har det fremkommet at brukerne hovedsakelig tilbys rehabilitering i hjemmet ved fire ulike anledninger:

- Direkte etter utskrivning fra sykehus,
- Etter opphold på rehabiliteringsinstitusjon,
- Ved funksjonstap hos brukere med ordinære hjemmetjenester,
- Ved registrering av nye brukere med behov for hjemmetjenester.

Undersøkelsen viser også at samtlige kommuner har fokus på å gjennomføre en grundig kartlegging av brukerens rehabiliteringsbehov tidlig i prosessen. Dette er avgjørende for at brukeren skal få et rehabiliteringstilbud tilpasset den enkeltes behov og ønske. Det finnes samtidig eksempler på at kartleggingen har avdekket andre eller mer omfattende behov hos brukeren, slik som et opphold på rehabiliteringsinstitusjon.

9.3.4 Tilfredse brukere

Generelt viser denne undersøkelsen av brukerne som har mottatt rehabiliteringstilbud i hjemmet er fornøyde med tilbudet. Vi ser at brukerne opplever det som positivt at det stilles krav til dem selv om å trene for å nå både kortsiktige og langsiktige mål om et høyere funksjonsnivå. Dette gir resultater, og brukeren opplever mestring. Den økte mestringsfølelsen som medfølger økt funksjonsnivå ser også ut til å ha positive effekter på brukerens psykiske helse, og øker dermed trivsel, livskvalitet og brukerens deltakelse i sosialt liv. Rent praktisk medfører økt funksjonsnivå at brukeren kan bli boende lenger i eget hjem, og minsker behovet for pleietjenester

9.3.5 Trivsel blant ansatte

Undersøkelsen viser at ansatte i tverrfaglige rehabiliteringsteam, eller som på andre måter er involvert i rehabilitering i hjemmet, er svært tilfredse med denne arbeidsformen. De trekker frem at det er inspirerende og givende å arbeide for at brukere får økt funksjonsnivå. De opplever at økt tilfredshet blant brukere som ser fremgang, som igjen gir de ansatte en følelse av å gjøre en god jobb. Videre trekkes det frem som positivt med økt samarbeid på tvers av faggrupper. Tverrfaglig samarbeid øker de ansattes faglige utbytte, og det oppleves meningsfylt å utgjøre en del av et sammensatt tjenestetilbud hvor flere yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål.

9.3.6 Økonomiske gevinster for kommunene

Kommunene som deltok i denne undersøkelsen har en klar oppfatning av at det er økonomisk besparende å tilby rehabilitering i hjemmet fremfor andre typer tjenester, så fremt det tilbys til brukere som kan dra nytte av tilbudet. Ingen av kommunene har gjennomført systematiske beregninger av hvor mye de har spart på å arbeide på denne måten. Men kommunene kan vise til konkrete eksempler som tyder på at rehabilitering i hjemmet medfører bedre ressursutnyttelse gjennom at brukere kan bo lengre i eget hjem, samt at behovet for ordinære pleie- og omsorgstjenester reduseres.

9.3.7 Ulik begrepsbruk

Til sist er det viktig å påpeke at kommunene benytter ulike begreper på sine tilbud om rehabilitering i hjemmet. Det er ulike oppfatninger av hva begrepene hjemme rehabilitering og hverdagsrehabilitering innebærer. Begrepene ser ut til å fylles med noe ulikt innhold, både innad i og på tvers av kommuner, og flere kommuner finner det vanskelig å skille begrepene fra rehabilitering generelt. Noen kommuner benytter begrepene hjemme rehabilitering og hverdagsrehabilitering om hverandre, mens andre er tydelige på at det er to innholdsmessig ulike begreper

10.4 STAVANGER KOMMUNE, EVALUERING AV PILOTPROSJEKT HVERDAGSREHABILITERING.

«Bruk av hele helse- og omsorgstrappen» ble høsten 2010 vedtatt som ett av ti prioriterte omstillingsprosjekt i Stavanger kommune. I forbindelse med revisjon av «Omsorg 2025» ble det beskrevet en grunntanke om å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at den i langt større grad støtter eldre mennesker i å leve sitt eget liv med høy grad av egenomsorg. Stavanger kommune har med denne bakgrunn de siste årene utviklet en ny aktiv eldresatsing, prosjektet «Leve HELE LIVET». Hverdagsrehabilitering er en del av dette (Hushovd & Stavanger kommune 2013).

9.4.1 Tiltak

Hverdagsrehabilitering handler om systematisk og tverrfaglig å rette tiltakene mot de nye brukerne som kommer i kontakt med helse- og sosialkontoret. Den enkelte brukers ressurser støttes i stedet for å tilby kompensierende og passiverende tiltak. Når brukerne får hverdagsrehabilitering får de et skreddersydd rehabiliteringstilbud. Brukerne setter sine egne mål for rehabiliteringen. Fysioterapeut/ ergoterapeut/ sykepleier veileder og tilrettelegger for aktiviteter sammen med en hjemmetrener. Hjemmetrener gir hverdagsrehabilitering i en periode på 4 uker, med mulighet til forlengelse ved behov. Utprøvingen av Hverdagsrehabilitering startet i Madla bydel 1.november 2012 og ble avsluttet 30. april 2013.

For datainnsamling og dataanalyse er kvalitative og kvantitativ metoder benyttet. Kvalitative data ble samlet inn gjennom individuelle intervjuer av ni brukere. Videre ble to fokusgruppeintervjuer med ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam og ansatte ved Madla helse- og sosialkontor foretatt. I tillegg ble det foretatt individuelle intervjuer av de lederne som har vært involvert i pilotutprøvingen. Data etter registrerte målinger fra funksjonstesten «Timed up and go» (TUG) ble analysert ved hjelp av statistiske metoder.

9.4.2 Resultater

34 brukere har fått hverdagsrehabilitering i pilotperioden 1.november 2012 til 30.april 2013. Disse fikk i snitt 22 timer hverdagsrehabilitering hver. Brukerne opplever brukerstyring, forutsigbarhet og tett oppfølging som viktige faktorer for god rehabiliteringsprosess. Ansatte trekker frem eierskap og stolthet over prosjektet. Det rapporteres om gode pasientforløp, et godt faglig løft mot felles måleverktøy og fokus på hverdagsrehabilitering. Å jobbe tverrfaglig mot brukers mål og få selvstendige brukere trekkes spesielt frem. TUG er utviklet for å si noe om eldres balanse, gange og eventuelt risiko for fall. Resultater etter pilotprosjektet viser til en betydelig funksjonsforbedring for de fleste brukerne. Konklusjon: Evalueringsrapporten kan vise til gode resultater for brukerne som har deltatt i pilotprosjektet. Det er foretatt kvalitative og kvantitative undersøkelser. Brukergruppen har blitt løftet til et betydelig bedre funksjonsnivå etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Ansatte opplever eierskap til prosjektet, er stolte av utviklingsarbeidet som er gjort, resultatene man har oppnådd og hvordan hverdagsrehabiliteringen presenteres i Stavanger kommune. De opplever å komme nær bruker og ser brukere bli mer selvstendig med denne måten å jobbe på.

10.5 HVERDAGSMESTRING OG HVERDAGSREHABILITERING.

En prosjektgruppe fra Ergoterapiforbundet, Sykepleierforbundet og Fysioterapiforbundet har utarbeidet en rapport «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering»

Rapporten er basert på litteratursøk, dialogkonferanser og drøftinger i styrings- og prosjektgruppe (Ness et al. 2012)

Styringsgruppa anbefaler fokus på hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform slik begrepene er beskrevet i denne rapporten. Dette vil gi kvalitativt bedre tjenester for innbyggerne og bidra til mål om en aktiv alderdom og oppfylle verdighetsgarantien.

Skal man lykkes, må det være politisk eierskap og vilje til endring av kultur i helse- og omsorgstjenesten med større vektlegging av hverdagsmestring. Det er en utfordring med ulike faglige kulturer hos rehabiliteringspersonale og pleiepersonale. Derfor er det viktig å utvikle arbeidskulturer med felles verdigrunnlag, gjensidig forståelse og respekt.

Innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering vil kreve at kommunene har en god grunnbemanning av ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Kompetansen bør styrkes på en slik måte at andre tjenester ikke svekkes. Det vil derfor være behov for statlig økonomisk støtte til igangsetting av modeller som understøtter hverdagsmestring.

Det er behov for å samle internasjonal forskning om gjennomføring, effekt og gevinster ved hverdagsrehabilitering og lignende modeller med hverdagsmestring. Det er særlig behov for sammenlignbar forskning av norske erfaringer i ulike norske kommuner. Et slikt arbeid bør støttes og koordineres sentralt.

Det vil fortsatt være viktig å opprettholde og videreutvikle fysiske og elektroniske nettverk for erfaringsutveksling innen dette feltet. Hverdagsrehabiliteringssiden på Facebook anbefales derfor videreført. I tillegg bør det utvikles og tilbys både tverrfaglig og profesjonsspesifikk opplæring i både tankesettet hverdagsmestring og arbeidsformen hverdagsrehabilitering.

Suksesskriterier for etablering av hverdagsrehabilitering kan summeres i fire punkter:

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

10.6 OPPSUMMERING UTREDNINGER

En del utredninger beskriver erfaringer om hverdagsrehabilitering fra Sverige og Danmark og fra noen norske kommuner, men disse er lite forskningsbaserte. Hverdagsrehabilitering som strategi og arbeidsform har fått økt oppmerksomhet i mange norske kommuner og er blitt ett av svarene på hvordan vi skal redusere og utsette pleie- og omsorgsbehovet hos en aldrende befolkning. Allikevel foreligger det i liten grad forskning som sier noe om effekter av hverdagsrehabilitering i Norge sammenlignet med andre måter å organisere rehabilitering på. Enkeltstående studier ikke publisert i vitenskapelige kilder evaluerer hverdagsrehabilitering til å gi god effekt (reduisert bistandsbehov som gir reduserte kostnader), fornøyde brukere og fornøyde ansatte i kommunene.

11 FORSLAG TIL GJENNOMFØRING AV HOVEDPROSJEKT

11.1 AVGRENSNINGER OG KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLINGER

Det vises til avgrensning av rehabiliteringsmodeller og målgruppe beskrevet i kap. 3.3 og 3.4. og valgt problemstilling, kap. 7.

Hva belyser effekter på eldre brukeres funksjonsnivå i døgnkontinuerlig rehabilitering og hverdagsrehabilitering i regi av kommunal helse og omsorgstjeneste?

- a. Hva skiller og hva er likt mellom casene? (NR case og 2 kommune-case)
- b. Hva skiller og er like effekter som beskrives av brukere og pårørende?
- c. Hva skiller og er like effekter som beskrives av fagpersonell involvert i rehabiliteringstiltak?

11.2 STRATEGISK UTVALG – CASE

Det velges 3 case som inngår i forskningsprosjektet; 1 case er døgnopphold ved Namdal Rehabilitering og 2 andre case er hverdagsrehabilitering i Overhalla og Namsos kommuner.

I hvert case inviteres et strategisk utvalgt på om lag 30 brukere som fyller inklusjonskriterier, jfr. kap. 3.2.8 med om lag 10 brukere i hver case

- Henvist fra kommuner til døgnopphold ved Namdal Rehabilitering. I denne gruppen ekskluderes brukere fra Namsos og Overhalla kommuner
- Mottakere av hverdagsrehabilitering i Namsos kommune med vedtak
- Mottakere av hverdagsrehabilitering i Overhalla kommune med vedtak.

Dersom brukere tatt inn i hverdagsrehabilitering i de to kommunecasene også gis tilbud om døgnrehabilitering ved Namdal Rehabilitering i forskningsperioden ekskluderes ikke disse brukerne fra prosjektet. Dette fordi hovedmålet er å belyse effekter ved ulike rehabiliteringsmodeller, ikke bare effekter av rehabilitering på individnivå. Forløpsdata fra ulike rehabiliteringsmodeller for samme brukere kan derfor være formålstjenlig å inkludere i analysen for å få mer innsikt om problemstillingen.

11.2.1 Rekruttering av utvalg

Det strategiske utvalget av deltakere som mottar rehabilitering i casene blir forespurt om å delta i forskningsprosjektet via helsepersonell. All deltakelse forutsetter informert, frivillig samtykke fra deltakerne selv eller pårørende for deltakere som ikke selv har samtykkekompetanse (Malterud 2003; Tjora 2010). Kun deltakere som fyller inklusjonskriteriene får tilbud om deltakelse. Det arrangeres møte på egnet plass hvor aktuelle deltakere og deres pårørende inviteres i case kommunene og Namdal rehabilitering, hvor det blir anledning til å stille direkte spørsmål og få svar fra forskerne i prosjektet.

Rekruttering av utvalget skjer i tråd med forskningsetiske retningslinjer for kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Dette betinger at søknad/protokoll sendes til vurdering hos regional

forskningsetisk komite i Midt-Norge (REK) for godkjenning før deltakere rekrutteres til forskningsprosjektet; jf. (REK s retningslinjer)²

Deltakerne som rekrutteres vil være like på visse kriterier og samtidig ulike i forhold til rehabiliteringsmodell. På den måten vil rekrutteringen gjøre det mulig å studere intensivt og detaljert effekter av rehabilitering på individ- så vel som system og modellnivå og derigjennom skape et godt grunnlag for å foreta en helhetlig analyse (Flyveberg 2004).

11.3 INNHENTING OG BEARBEIDING AV DATA

Data fra det strategiske utvalget, referanseutvalget og nøkkelinformanter Innhentes ved hjelp av semistrukturerte forskningsintervju (Tjora 2010). Det vil si intervjuer som har en halvfast form med samme tematikk som styrer samtalen og samtidig er såpass fleksible at det tillates åpne samtaler om litt ulike tema, ikke bare de som framgår av intervjuguiden. Intervjuguiden vil omhandle tema som rehabiliteringsaktiviteter og deltakelse, opplevelse av mestring, innflytelse i egen hverdag, livskvalitet og selvstendig livsutfoldelse, selvopplevd helsetilstand og funksjonsnivå, samhandling med fagpersonell mv.

Det innhentes også samtykke fra hver deltaker som mottar rehabilitering i casene om å innhente kartleggingsdata og andre sekundæropplysninger registrert i kommunene og hos Namdal rehabilitering. Det kan dreie seg om registrert måleinstrument som måler og registrer funksjonsnivå hos deltakeren ved hjelp av måleinstrumentene COMP og IPLOS.

For referanseutvalget med pårørende vurderes det å innhente data ved hjelp av gruppeintervju. Det vurderes også å gjøre gruppeintervju av nøkkelinformanter som består av fagpersonell dersom det er ønskelig og formålstjenlig for de som velger å delta i undersøkelsen.

Dersom det gis samtykke, tas intervjuene opp bånd og disse lydopptakene transkriberes og personlig informasjon avkodes i utskriften. Disse utskriftene danner grunnlag for videre bearbeiding, analyse og tolkning. Dersom det ikke gis samtykke til å ta opp intervjuene som lydopptak, skrives intervjuet på husk av forskeren direkte etter at intervjuet er gjennomført.

Det gjennomføres i tillegg enkle standardiserte funksjonstester ved innledning av rehabiliteringen og på nærmere angitte tidspunkter underveis (Eks. 0 - 6- 12 mnd.). SPPB (Short Physical Performance Battery) er en screeningtest som er mye brukt for eldre mennesker. Den består av 3 deltester, statisk balanse, gangfunksjon og styrke i beina se omtale i kap. 3.2.5.

Brukere som har fått vedtak om rehabilitering og som inngår i utvalget vil i de fleste tilfeller også være registrert i IPLOS som er et obligatorisk registrerings- og rapporteringssystem for tjenester i heimen som registrerer ADL funksjoner og grad av bistandsbehov.

Data fra funksjonstester og registreringer i IPLOS vil være supplerende data som inngår i beskrivelsen av effekter.

² Jf. De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010 Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag)

I tillegg til rekruttering av deltakere som mottar rehabilitering i de ulike casene rekrutteres det eget utvalg fra pårørende som står nært brukeren og kan betraktes som «significant other» (Lundeby & Tøssebro, 2008). Dette kalles et referanseutvalg. De som rekrutteres vil være pårørende eller nær familie som kjenner brukeren godt og står i tett interaksjon med bruker i dagliglivet. Det vil trolig være en person i samme husstand eller en som står nesten daglig bistår eller har kontakt med brukeren. Referanseutvalget vil intervjues på bakgrunn av en intervjuguide om problemstillingen. I tillegg vil det gjøres enkelte nøkkelinformant (Tjora 2012) intervju med fagpersonell med god kunnskap om rehabiliteringstiltakene i kommunene og Namdal rehabilitering. Disse nøkkelinformanter anses å være særlig kunnskapsrike og ha et refleksivt forhold til rehabiliteringstjenestene og brukerne av disse tjenestene i de ulike casene.

11.4 DATAINNSAMLINGSPERIODEN

En kan se for seg datainnsamlingsperioden på inntil 36 mnd.

- 0 – 6 mnd. Organisering / tilsettinger /godkjenning (REK) og samtykke
- 6 – 24 mnd. Inntak av brukere innenfor 6 mnd. som følges i 12 mnd. Datainnhenting og noe bearbeiding
- 24 – 36 mnd. Bearbeiding, tolkning og analyse av data, skriving av forskningsrapport.

11.5 PROSJEKTORGANISERING

En har hatt møte med FoU – ledelsen ved Høgskolen i Nord Trøndelag å få avklart rollefordeling og ressursbehov i et hovedprosjekt som grunnlag for konklusjoner som skal trekkes i forprosjektet og beslutninger som må tas dersom en skal gå videre med et hovedprosjekt.

HiNT signaliserer ønske om å delta i et hovedprosjekt, men det er enighet om at eierskap og prosjektledelse må ligge i kommunene, dvs. Namdal Rehabilitering. I forhold til sentrale utdanninger v/ HiNT (sykepleier- og vernepleierutdanningene) og sentrale satsingsområder fra myndighetene er rehabilitering og spesielt modeller som innbefatter hverdagsrehabilitering spesielt interessant for Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge. HiNT kan bidra med forskningsfaglig arbeid og ledelse. Det skisseres her en stipendiatorordning med forskningsfaglig veiledning. I forhold til finansiering av stipendiaten vil det være riktig at denne legges inn i prosjektet slik at det ikke fremstår som at HiNT skal finansiere en stipendiatorordning gjennom prosjektet. Stipendiaten kan ikke være prosjektleder og prosjektledelse må ligge hos Namdal Rehabilitering.

Et hovedprosjekt organiseres med referansegruppe og prosjektgruppe. Det må vurderes en bred sammensetning i disse organene. Selv om prosjektets arbeidsområde ligger innenfor kommunal rehabilitering, kan det likevel være nyttig at Helse Midt Norge inviteres inn i prosjektet. Det er en betydelig gråsoner mellom kommunal og spesialisert rehabilitering. Helse Midt Norge initierer gjennom sine rammeavtaler og årlige ytelsesavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner samhandlings- og utviklingstiltak med kommunene for å sette kommunene bedre i stand til i overta oppgaver som i dag ligger i spesialisthelsetjenesten. I denne konteksten kan et hovedprosjekt også være interessant for Helse Midt Norge.

Prosjektet har et tydelig brukerperspektiv og brukerorganisasjon(er) skal være representert i referanse og prosjektgruppe og ellers involveres i utforming av intervjuguide og i praktisk gjennomføring av prosjektet.

Kommunene vil være bredt representert gjennom deltakende kommuner og representanter fra styret for Namdal Rehabilitering. Det kan likevel nyttig å invitere KS inn i prosjektet da de har prosjekter innenfor hverdagsrehabilitering og ellers en betydelig FoU aktivitet.

Det regionale sentret for omsorgsforskning er knyttet til Høgskolen i Nord Trøndelag. Sentrene for omsorgsforskning har fått i oppgave å være et dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsprosjekter og kan bringe betydelig kompetanse inn i prosjektgruppa.

Mulig sammensetning av referansegruppe og prosjektgruppe vil være:

Referansegruppe	Prosjektgruppe / arbeidsgruppe
Daglig leder Namdal Rehabilitering	Prosjektleder Namdal Rehabilitering
FoU utvalg HiNT (helse)	Stipendiat og veileder HiNT
Repr. fra styret for Namdal Rehabilitering	2 repr. fra Overhalla kommune
Leder Namsos kommune	2 repr. fra Namsos kommune
Leder Overhalla kommune	2 repr. fra Namdal Rehabilitering
Repr. fra Helse Midt Norge	1 repr. fra Norges Handikapforbund eller annen brukerorganiasjon
Repr. eldreråd	Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge
Repr. for KS	

11.6 BUDSJETT OG FINANSIERINGSPLAN

HiNT skisserer en kostnad på 3,5 – 4 mill. kr. over 3 år for en stipendiatordning m/ veiledning. I tillegg kommer kostnader til reising, faglige konferanser mv. Om hele 3 – års perioden skal legges inn i prosjektet må vurderes nærmere. Prosjektleder ved NR kan kombineres med annet FoU arbeid. Deltakende kommuner og NR ikke kan gå inn med større budsjettposter til prosjektet. For NR sitt vedkommende vil egenfinansieringen først og fremst kunne være videreføring av prosjektlederstilling og noe utgiftsdekning innenfor budsjett. For kommunene og NR vil man også kunne vise til noe egenfinansiering gjennom tilknyttet personell som bruker tid til eks. pilot, utprøving av intervjuguide, være representert i prosjektgruppe, organisering av intervju, samtykke fra bruker, formidling av data mv. (det forutsettes at det er vitenskapelig personell som innhenter og bearbeider data).

Hovedprosjektet kan finansieres med midler fra:

- Forskningsfondet
- Samhandlingsmidler Helse- Midt Norge
- Helsedirektoratet, tilskudd til innovasjon og kompetanseheving (Fordeles via Fylkesmannen)
- Egenfinansiering i form av bruk av personell og noe utgiftsdekning hos prosjektpartnere, NR, HiNT, Namsos og Overhalla kommuner.

Tabell 10.2 3 årlig budsjett

Utgifter		
Forsker, stipendiat 3 år		kr 1 800 000
Veiledning		kr 900 000
Prosjektledelse, 50 % stilling		kr 1 200 000
Prosjektgruppe		kr 300 000
Reiser og utgiftsdekning		kr 450 000
Adm overhead, 15 % av lønn		kr 600 000
Sum utgifter 3 år		kr 5 250 000
Inntekter		
Forskningsfond		kr 2 520 000
Hdir / Fylkesmannen (innovasjon og kompetanseheving)		kr 450 000
Helse Midt - Norge, samhandlingsmidler		kr 600 000
Namdal Rehabilitering, delfinans. prosjektledestilling		kr 840 000
HiNT, egenfinansiering, vitenskapelig personell		kr 840 000
Utgifter		kr 5 250 000

12 TILRÅDING

Prosjektgruppen rår til at styrende organer i Namdal Rehabilitering, Høgskolen i Nord Trøndelag og deltakende kommuner vedtar å videreføre arbeidet fra forprosjektet i et hovedprosjekt som skissert i denne rapporten.

13 LITTERATUR

- Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL.(2008): *WHO's ICF*. En nasjonal presentasjon. Rapport IRIS - 2008/256
- Alm Andreassen (2011): Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering. I P. Koren Solvang & Å. Sletterød: *Rehabilitering*. Gyldendal Akademiske
- Ayis S, Gooberman-Hill R, Ebrahim S. (2003): Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and Ageing* 32(3):265-72
- Breimo Paulsen, J (2014); Koordinering og tilstedeværelse- om kjønnede forventinger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning* nr. 3-4; s. 253-269
- Caplan & Shechter (2008): Test accommodations for the geriatric patient. *Neuro Rehabilitation*, 23, pp. 395-402
- Carlsson, S & U. Gustafsson (2002): *Hemrehab Centrum Söder Växjö. Projektrapport*. Växjö: Omsorsförvaltningen, Växjö kommun
- Corlin, K (2008): Rehabilitering i hjemmet. Prosjekt inom Vård- och omsorg Öster
- Costa, B. R; A.W. S. Rutjes; A. Mendy; R. Freund-Heritage, E. R. Vieira (2015): can Falls Risk Prediction Tools Correctly Identify Fall-Prone Elderly Rehabilitation Inpatients? A systematic Review and Meta-Analysis. Tilgjengelig online. Lastet ned fra ProQuest 6 Jan. 2015.
- Effgen, S.K & R. Escorpizo (2010): On "Creating an interface between..." Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, et al. *Phys Ther*. 2010; 90:1053-1063
- Flyveberg, B. (2004): Five misunderstandings about case-study research. *Sosiologisk Tidsskrift*, 12 (2); 117-142
- Furst og Høverland (2014): *Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*, KS rapport
- Gunnarsson, E. et al. (2011): *Sluttrapport – Hemrehabilitering i samverkan mellan kommunerna och primärvården i västra länsdelen*, Karlskoga kommun
- Guralnik, J.M., et al. (1994): *A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission*. *Journal Gerontol*, 49(2): p. M85-94
- Gustafsson, U; B.Gunnarsson; Å.B Sjöstrand, B Grahm (2010): *Hemrehabilitering för äldre I olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsetningar, resursförbruk och statliga stimulansmedels betydelse för utveckling*. Landstinget Kronoberg Socialstyrelsen FoU rapport nr 11
- Haraldstad, A.M.B & E. Christopersen (2004): Litteratursøk og personlige referansedatabaser. I: Benestad, H.B. & P. Laake (red.): *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Gyldendal Norsk forlag
- Helse Midt Norge og KS Prosjektrapport (2014): *Rehabilitering i Midt Norge*
- Helsedirektoratet (2011): *Veileder IPLOS*, IS-1929
- Hustoft & Stavanger kommune (2013): *Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering*. Avd for oppvekst og levekår, Stavanger kommune
- Høyem A & E.Thörnquist (2010): Et kritisk blick på ICF - måleverktøy og forståelsesmodell. *Sykepleien Forskning*, Volum 5 (1) ... s 46 – 53
- Idland, G.; E.Rydwik; M. Cvet al. 2013ncarova Småstuen & A. Bergland (2013): Predictors of mobility in community-dwelling women aged 85 and older. *Disability & Rehabilitation*, 35, (11); 881-887
- Jamtvedt G, Hagen K.B, Bjørndal A.(2003): *Kunnskapsbasert fysioterapi*, Metoder og arbeidsmåter. Gyldendal Akademisk

- Johansson, S. & M. Sundquist (2009): *Ett rehabiliterende og aktiverende forholdningssatt gentemot brukaren i ordinart boende og vurd og omsorgsboende*. Södertälje kommun
- Kainz, H. (2009): *Slutrapport Hemrehabilitering*, Tingryd kommun
- Kilvik, A & L.I Lamøy (2007): *Litteratursøking i medisin og helsefag: en håndbok*. Tapir Akademiske
- Kjeken, I; Sand-Svartrud, AL (2012): The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten 1*
- Krebs, D.E; D.M Scarborough; C.A. McGibbon (2007): Functional vs. Strength Training in Disabled Elderly Outpatients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. pp. 93- 103
- Krohne & Bergland (2011): Rehabilitering for en god alderdom. I I P. Koren Solvang & Å. Sletterød: *Rehabilitering*. Gyldendal Akademiske
- Landstad B.J; M. Hedlund & C. Wendelborg (2009a): "Long-term sick workers experience of professional support for re-integration back to work". *Work – A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 32 (1); 39-48
- Landstad, B, M. Hedlund & C. Wendelborg (2009b) "Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway". *Journal of Disability and Rehabilitation*, 31(15): 1215–1226
- Lindqvist, R (2000): *Att satta granser- organisationer og reformer i arbeidsrehabilitering*. Borèa
- Lovdata (2011): *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. FOR-2011-12-16-1256. Helse- og omsorgsdepartementet – Hefte 13. Iverksatt 01.01.2012
- Lundeby, H & J Tøssebro (2008): Family Structure in Norwegian Families of Children with Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol 21 (3), p.246–256,
- Mahoney, D. Barthel (1965): *Functional evaluation: The Barthel Index*, Maryland State Medical Journal, 12 (1965), pp. 61–65
- Malterud, K (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Universitetsforlaget 2nd. Utgave
- Mead, G.E.; Greig C.A.; Cunningham, I.; Lewis S.J; S. Dinan, PG Dip; D.H. Saunders; ,M. Phil; C. Fzsimons; A. Young (2007) Stroke: A Randomized Trial of Exercise or Relaxation. *Jour The American Geriatric Society*, JAGS 55; pp.892-899
- Mickelsson, A og Prellwitch (2010): *Aktivitetstutforanden i hemmet 4-8 veckor efter avslutad korttidsvard- utifran gaster og hempersonalens perspektiv*. FoU Norrbotten
- Molino-Lova, R.; G.Pasquini; F. Vannetti; A. Paperini, T. Forconi; R. Zipoli;; P. Polcaro, F. Cecchi, C. Macchi (2012): The improvement of walking speed after cardiac rehabilitation is associated with reduction in the metabolic cost of walking older persons. *Gait & Posture* 35; 458-461
- Ness, N: E; T. Laberg, M. Haneborg/E.Rygh; R. Granbo; L.Færevaag & H.Butli (2012): Hverdagsmestring og hverdags-rehabilitering. Ved prosjektgruppe" Hverdagsrehabilitering i Norge"; Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund & Norsk Sykepleierforbund rapport
- Norderhaug, I.N; V. Lauvrak; L.K.Juvet (2010): Tidlig rehabilitering av eldre pasienter med hoftebrudd. Notat, Kunnskapsenteret
- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholdt B, Reinart LM (2007): *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Akribe
- Rambøll & Helsedirektoratet (2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem / vante miljø*. Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet, IS rapport 0365, IS rapport 0429
- Rambøll & Helsedirektoratet (2014): *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering*. IS rapport 0429

- Rauch, A, et al. (2010): Using case report of a patient with spinal cord injury to illustrate the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. *Phys Ter*, 90(7): 1039-1052.
- Regjeringen Stoltenberg II, St.meld.nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rockwood, K.; H. Fillit; J.C Brocklehurst & K. Woodhouse (2010): *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Saunders Elsevier
- Solvang, Koren P & Å. Sletterød (red.) (2012): *Rehabilitering*. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenestene. Gyldendal Akademiske
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. (2003): *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5* (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;75(2) 113-8
- Strobel & Engedal (2008): *MMSE-NR Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering. Aldring og helse*, Nasjonalt kompetansesenter / Helsedirektoratet. Lastet ned 16. juni 2015 fra <http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=1490>
- Sunnås Sykehus HF (2004): Lastet ned 16 Juni 2015 fra [Http://www.sunnaas.no/fagfolk/_temasider/_faggrupper/_ergoterapeut/_Sider/sunnaas-adl-index.aspx](http://www.sunnaas.no/fagfolk/_temasider/_faggrupper/_ergoterapeut/_Sider/sunnaas-adl-index.aspx)
- Taylor, Dalal, Moxham & Zawada (2010): Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis 1. I Dalal, HM ; Zawada, A ; Jolly, K ; Moxham, T ; Taylor, RS ; Eskes, Anne ; Vermeulen, *Hester Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, Vol.8(5), pp.11-11
- Thorsen, K. & S.E Clausen (2008); Funksjonshemning, ensomhet og depresjon ; hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemning opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2008, Vol. 45, nr. 1, pp.9-27
- Tjora, A (2010); *Kvalitativ forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademiske
- Tuntland, H. & N. E Ness (2014): Hverdagsrehabilitering. Gyldendal Akademiske
- Vik, K & A.H Eide (2012): Service providers' experience of enhancing participation - an exhausting process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Tilgjengelig online
- Vik, K (2012): Aktivitet og deltakelse for eldre. *Ergoterapeuten* nr. 1.
- Vik, K (2015): *Mens vi venter på eldrebølgen Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Gyldendal Akademiske
- Yin, RK (2014): *Case study research: design and methods*. 5 versj. Sage Publ.