

Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner

Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?

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



HØGSKOLEN
I BERGEN



CHARM



Senter for
omsorgsforskning

• vest

Disposisjon

Del 1: Hverdagsrehabiliteringstilbud til hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer

1. Effekt av tiltakene for deltakerne
2. Økonomisk effekt for kommunene
3. Er det noen modeller som fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene?
4. I hvilken grad krav til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas
5. I hvilken grad prosjektene sikrer implementering i ordinær drift

Del 2: Hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming

- I hvilken grad denne tilnærmingen også er egnet for brukergruppen personer med utviklingshemming

Totalt 46 kommuner



Hovedgruppen 18 år+

43 kommuner

- Hvorav 11 kontrollkommuner.
- Hvorav 3 kommuner har soner som er intervensjons- og kontrollgruppe.

Personer med utviklingshemning

8 kommuner

- 4 kommuner begge grupper.
- 4 kommuner har kun personer med utviklingshemning, hvorav 2 kommuner har soner som er kontrollgrupper

Del 1:

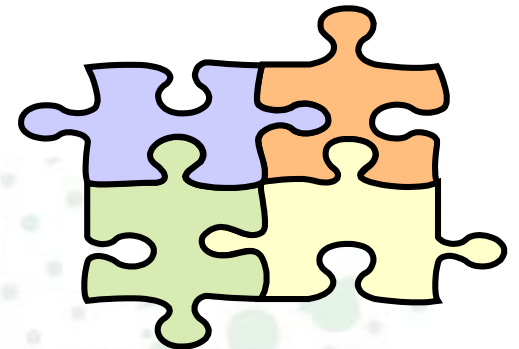
Hverdagsrehabiliterings- tilbud til hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer

1. Effekt av tiltakene for deltakerne

Hverdagsrehabilitering

Det overordnede målet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter blant hjemmeboende personer med behov for rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er en intensiv, tverrfaglig, multikomponent, personsentrert og hjemmebasert rehabilitering, der vanlige daglige gjøremål brukes for rehabiliterende formål



Metode

En klinisk kontrollert studie:

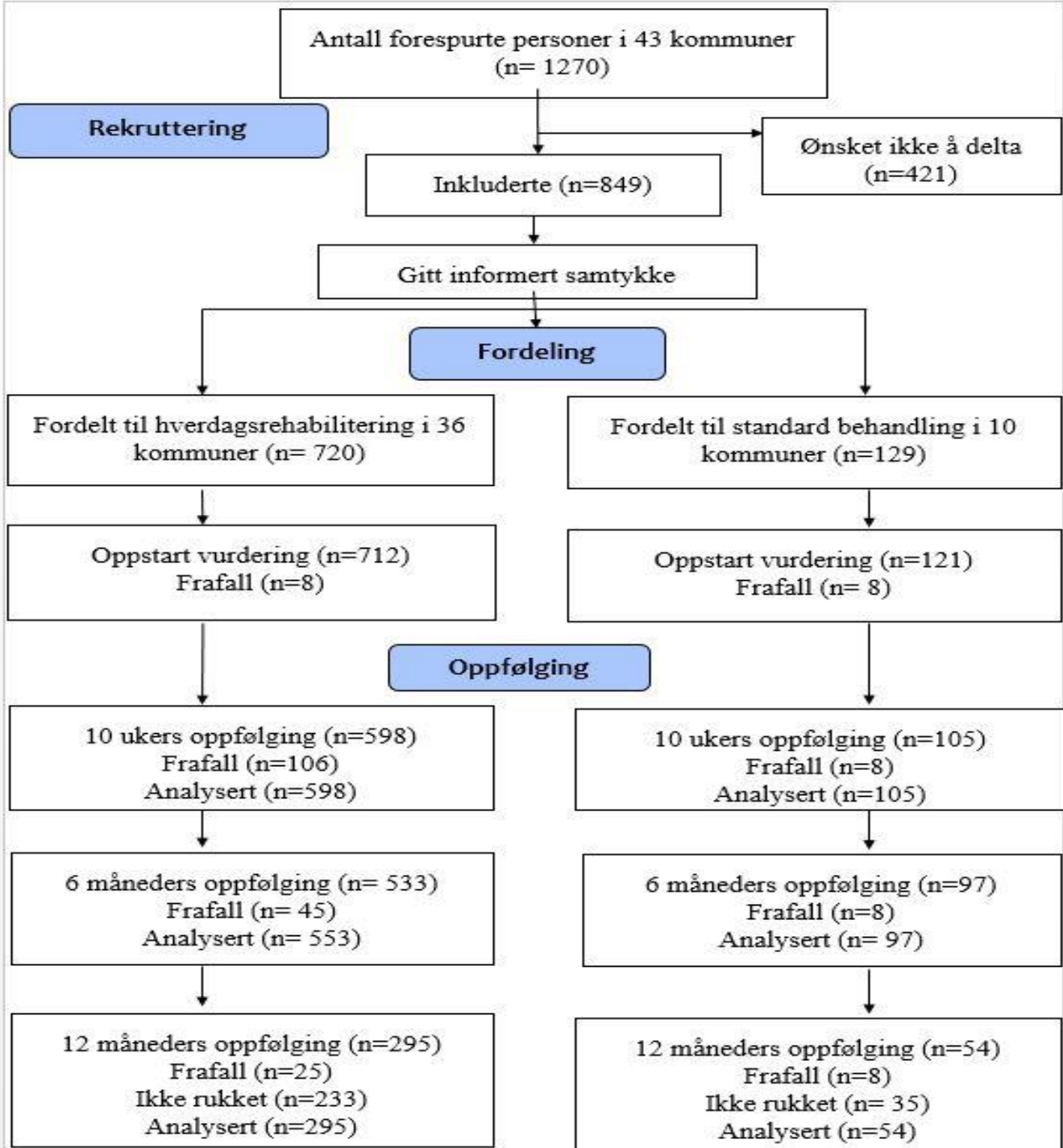
- Intervensjonsgruppe
- Kontrollgruppe

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

Vurderingsredskaper

- **Utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter (COPM), skala 1-10. HOVEDUTFALLSMÅL**
- **Fysisk funksjon (SPPB: balanse , gange, reise/sette seg, totalskår), deltest-skala 0-4, totalskår 0-12,**
- **Helserelatert livskvalitet (EQ-5D) (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag, angst/depresjon) (skala 1-5,) og total helseskår (VAS), skala 0-100.**
- **Mestring (SOC-13), skala 7-91.**
- **Positiv psykisk helse (MHC-SF), skala 0-70.**

Resultater



Utvalget

	Hele utvalget N=833	Intervensjonsgruppe n=712	Kontrollgruppe n=121
Alder, gjennomsnitt (spredning)	78.4 (19-97)	78.2 (19-95)	79.5 (48-97)
Kvinne, antall (%)	575 (69.3)	488 (68.7)	97 (72.5)
Bor alene, antall (%)	596 (71.6)	502 (70.7)	94 (78.3)
Utdanning, antall med høyere utdanning (høgskole/universitet) (%)	167 (20.3)	140 (19.9)	27 (22.5)
4 meter gangtest (meter/sekund), SPPB, gjennomsnitt (standardavvik)	0.53 (0.24)	0.52 (0.24)	0.56 (0.27)
Motivasjon for rehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (standardavvik) ^a	8.12 (2.1)	8.24 (2.0)	7.41 (2.6)

Hyppigste helseutfordringer

1. 20% oppgir brudd som sin største helseutfordring
2. 15.1% oppgis svimmelhet/problem med balanse
3. 9.9% oppgir smerte
4. 9.1% oppgir hjerneslag

De fleste Deltakerne har i tillegg to (median) andre helseutfordringer

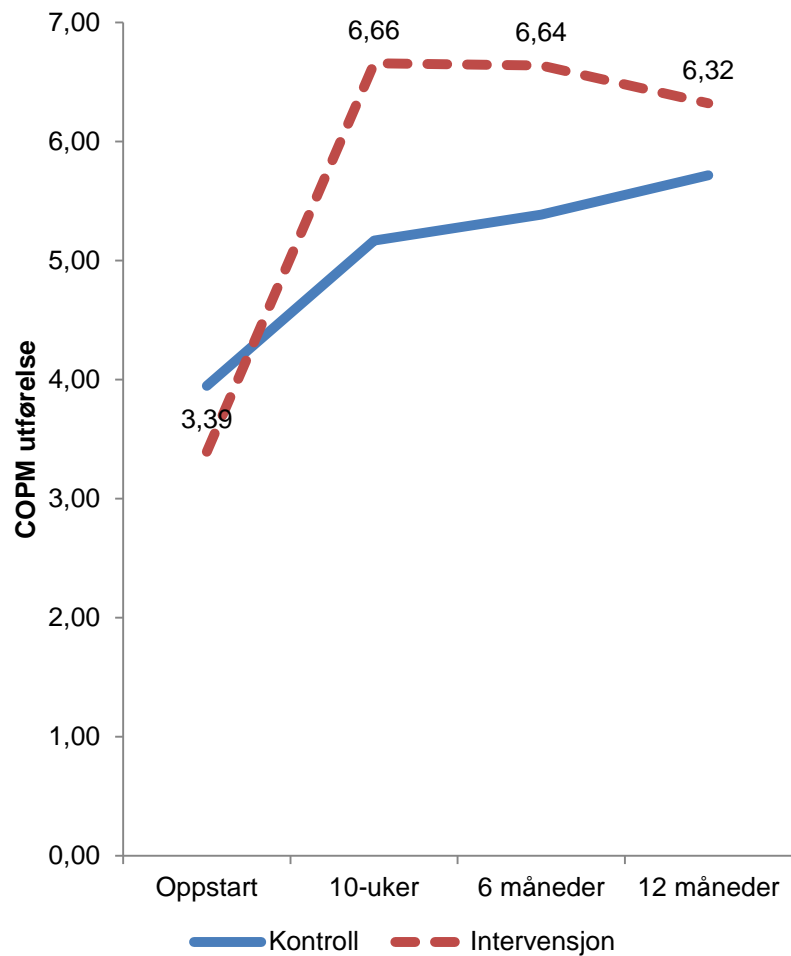
Hovedutfallsmålet COPM

Utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter

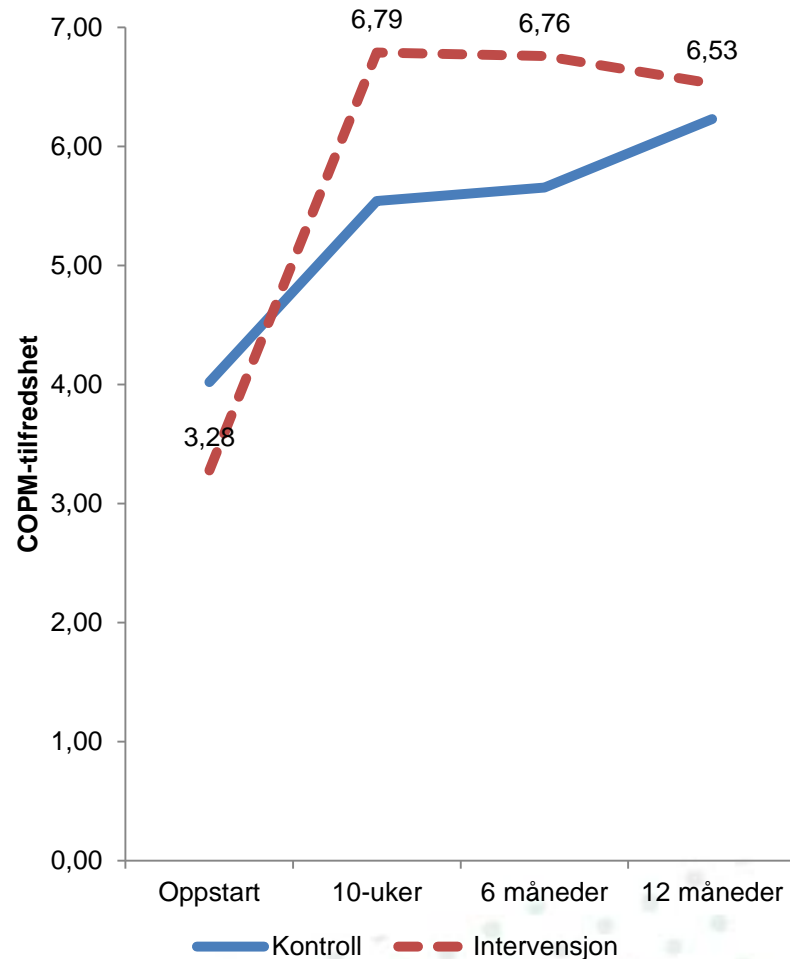
Måletids- punkt	Gruppe	Gjennomsnitt forskjell innad i grupper	Forskjell mellom grupper	p-verdi
UTFØRELSE				
10 uker - oppstart	Kontroll	1,60	1,58	<0,001
	Intervensjon	3,18		
6mnd - oppstart	Kontroll	1,89	1,30	<0,001
	Intervensjon	3,19		
12 mnd – oppstart	Kontroll	2,01	,77	0.04
	Intervensjon	2,79		
TILFREDSHET				
10 uker - oppstart	Kontroll	1,99	1,42	<0,001
	Intervensjon	3,43		
6 mnd - oppstart	Kontroll	2,12	1,29	<0,001
	Intervensjon	3,40		
12 mnd - oppstart	Kontroll	2,60	,56	0,15
	Intervensjon	3,16		



Utførelse av daglige aktiviteter



Tilfredshet med daglige aktiviteter



COPM: Vurdering av bruker på grad av nytte:

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

Hovedfunn- utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter

- **Utførelse:**
- Personer som har deltatt i hverdagsrehabilitering har oppnådd bedre utførelse av daglige gjøremål enn kontrollgruppen i et tolv måneders perspektiv.
- **Tilfredshet:**
- Resultatene viser bedring i favør av hverdagsrehabilitering i et seks måneders perspektiv.

Fysisk funksjon - SPPB

Hovedfunn: fysisk funksjon (SPPB)

Der er en signifikant forskjell mellom gruppene i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen på dimensjonene **balanse, gangfunksjon, reise/sette seg og totalskår** på både ti uker og seks måneder ($p \leq 0.001$ på alle).

Ved tolv måneder er der fremdeles en signifikant forskjell på reise/sette seg ($p = 0.008$) og på totalskåren ($p = 0.012$). På balanse og gange er forskjellen ikke lenger signifikant. (Henholdsvis p -verdi på 0.34 og 0.25)

Helserelatert livskvalitet og total helseskår - (EQ-5D + VAS)

Hovedfunn helsereelatert livskvalitet og total helseskår (VAS)

- Gange: Signifikant forskjell på 10 uker og 6 mnd.
- Personlig stell: Signifikant forskjell på 10 uker, 6 og 12 mnd.
- Vanlige gjøremål: Signifikant forskjell på 6 mnd.
- Smerte/ubehag og angst/depresjon: Ingen signifikant forskjell på noen av måletidspunktene.
- Total helseskår (VAS): signifikant mer bedring i hverdagsrehabiliteringsgruppen ved ti uker og seks måneder, men ikke ved tolv måneder.

Mestring – SOC 13:

Positiv psykisk helse – MHC-SF:

Hovedfunn mestring (SOC 13) og positiv psykisk helse (MHC-SF)

Mestring

Det var signifikante forskjeller i favør av hverdagsrehabilitering ved seks måneders oppfølging, men effekten er ikke signifikant ved 12 mnd.

Positiv psykisk helse

Når det gjelder positiv psykisk helse målt med MHC-SF, viser resultatene ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Begge grupper har noe bedring, men intervensjonsgruppen bedrer seg mest.

Samlete resultater av effekter

(basert på testing av forskjeller mellom gruppene)

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

Grønn = signifikant forskjell

Rød = ikke signifikant forskjell

2. Økonomisk effekt for kommunene

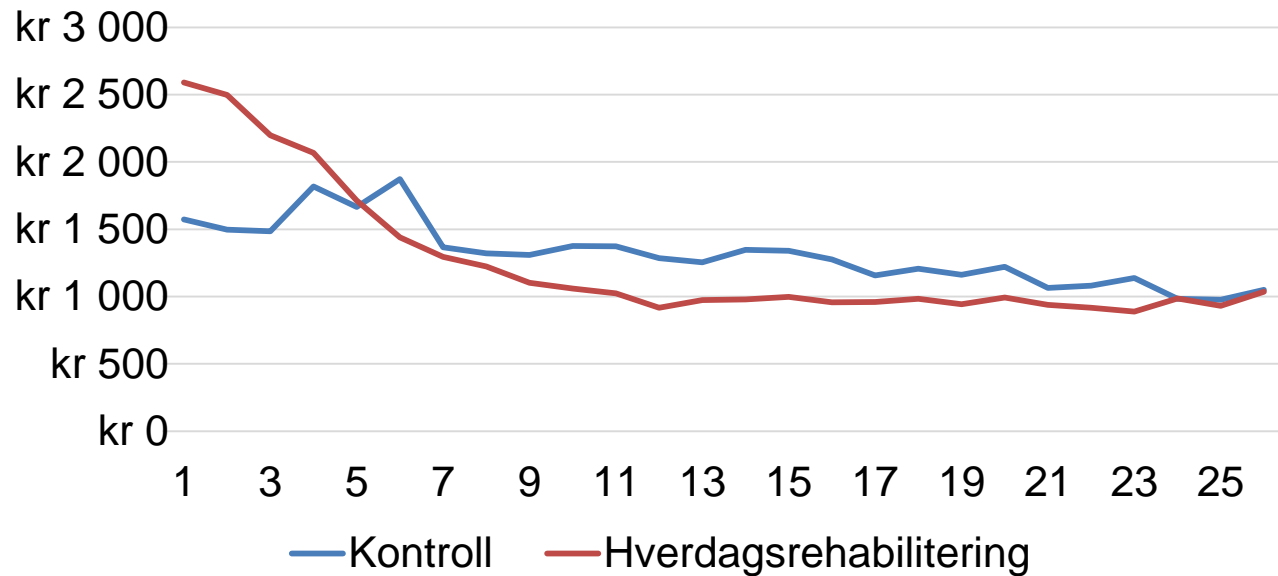
Datasamling

- Kostnadsdata innsamlet fra inklusjon til og med 6 måneder
- Få observasjoner ved 12 mnd, derfor analyser kun for 6 mnd.
- Kostnader inkluderer rehabilitering, praktisk bistand og hjemmesykepleie, sykehjem, annen rehabilitering og sykehus
- Helserelatert livskvalitet er målt ved EQ-5D ved inklusjon, 10 uker, 6 måneder og 12 måneder (kun analyser for 6 måneder)

TABELL 1: OVERSIKT OVER KOSTNADER ETTER KOSTNADSGRUPPER, LAVE/HØYE ENHETSPRISER OG INTERVENSJONGRUPPE. TALL I KR

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

Kostnader etter uker og intervensjonsgruppe - Kostnadsgruppe 1



Figur 3: Utvikling i kostnader relatert til hjemmetjenester som angitt i ukeregistreringen etter gruppe

TABELL 1: KOSTNADER INKLUDERT I ANALYSEN FRA INKLUSJON TIL SEKS MÅNEDER ETTER TYPE KOSTAND, ENHET, INTERVENSJONSGRUPPE, ENHETSPRIS OG KILDE FOR ENHETSPRIS

Type kostnad	Enhet	Kontroll (n=121)	Hverdags- rehabilitering (n=713)	Enhetspris		Kilde for pris (lav/høy)
				Lav	Høy	
<i>Hjemmebasert</i>						
Hjemmehjelp	Timer	8,04	8,73	400	450	Questback
Sykepleier	Timer	27,43	13,69	500	650	Questback
Hjelpepleier	Timer	34,07	38,99	400	450	Questback
Ergoterapeut	Timer	0,41	4,49	400	450	Questback
Fysioterapeut	Timer	4,56	5,11	400	450	Questback
Vernepleier	Timer	0	0,14	400	450	Anslag
Aktivitør	Timer	0,34	0,04	400	450	Anslag
Student	Timer	0,53	0,44	300	350	Anslag
Andre	Timer	0,68	3,68	300	350	Anslag

Kontroll Hverdags-
rehabilitering

<i>Helsevesenet utenom studien</i>						
Sykehus	Antall dager	2,50	2,15	3889	5688	(SINTEF)
Sykehjem	Antall dager	0,86	1,27	2000	2500	KOSTRA
Institusjonsbasert rehabilitering	Antall dager	1,44	1,70	2000	2500	(49)

I løpet av 6 måneder er det ingen indikasjon på at hverdagsrehabilitering utsetter behov for mer omfattende pleie- og Omsorgstjenester.

Tabell 1: HRQoL (EQ-5D VERDIER) VED ULIKE MÅLETIDSPUNKT OG QALY FORDELT PÅ INTERVENSJONSGRUPPE OG KONTROLLGRUPPE. ANTALL I PARENTES (KONTROLL/HVERDAGSREHABILITERING)

HRQoL	Kontrollgruppe		Hverdagsrehabilitering		p-verdi*
	Gj.snitt	Standard-avvik	Gj.snitt	Standard-avvik	Mann-Whitney
EQ-5D ved oppstart (121/692)	0,634	0,190	0,601	0,204	0,165
EQ-5D ved 10 uker (103/578)	0,670	0,195	0,720	0,186	0,010*
EQ-5D ved 6 mnd (95/530)	0,673	0,191	0,719	0,195	0,010*
EQ-5D ved 12 mnd (54/283)	0,710	0,199	0,711	0,196	0,986
QALY (88/483)	0,333	0,1643	0,350	0,167	0,042*

*p-verdi <0,05

Til å vurdere kostnadseffektivitet, brukte vi ICER – inkrementell kosteffekt brøk, som er definert ved forskjeller i kostnader over forskjeller i QALYs, representert ved:

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

TABELL 1: KOSTNAD PER DELTAKER (BASERT PÅ TOTALE KOSTNADER, LAVT ANSLAG), QALYS PER DELTAKER (BASERT PÅ ENDRING I EQ-5D) OG ICER. TALL BASERT PÅ BOOTSTRAP

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

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

COPM: Effektforskjellen mellom hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen er 1,30 poeng

ICER basert på COPM: 975kr/1,30 = 750 kr per COPM poeng

Konsekvenser for kommunene - Questback

- Lav svarprosent – tallene må tolkes med varsomhet
- Stor variasjon i enhetspriser av kommunle tjenester
- Variasjon i hvordan hverdagsrehabilitering er finansiert:
 - Finansiering ved omfordeling i pleie- og omsorg, ikke på bekostning av andre pga ledig kapasitet
 - Finansiering ved omfordeling i pleie- og omsorg, mulig konsekvens for andre

Oppsummert

Det er ingen forskjeller i kostnader i et 6 måneders perspektiv mellom gruppene , men effekten er bedre for hverdagsrehabiliteringsgruppen.

Fremover bør det være fokus på to områder:

- De administrative kostnadene for gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Vil møter og koordinering være mer omfattende enn ved dagens praksis
- Er det langtidsvirkninger på utsatt behov som ikke er fanget opp i våre analyser.

- 3. Er det noen modeller som fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene?**
- 4. I hvilken grad krav til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas**
- 5. I hvilken grad prosjektene sikrer implementering i ordinær drift**

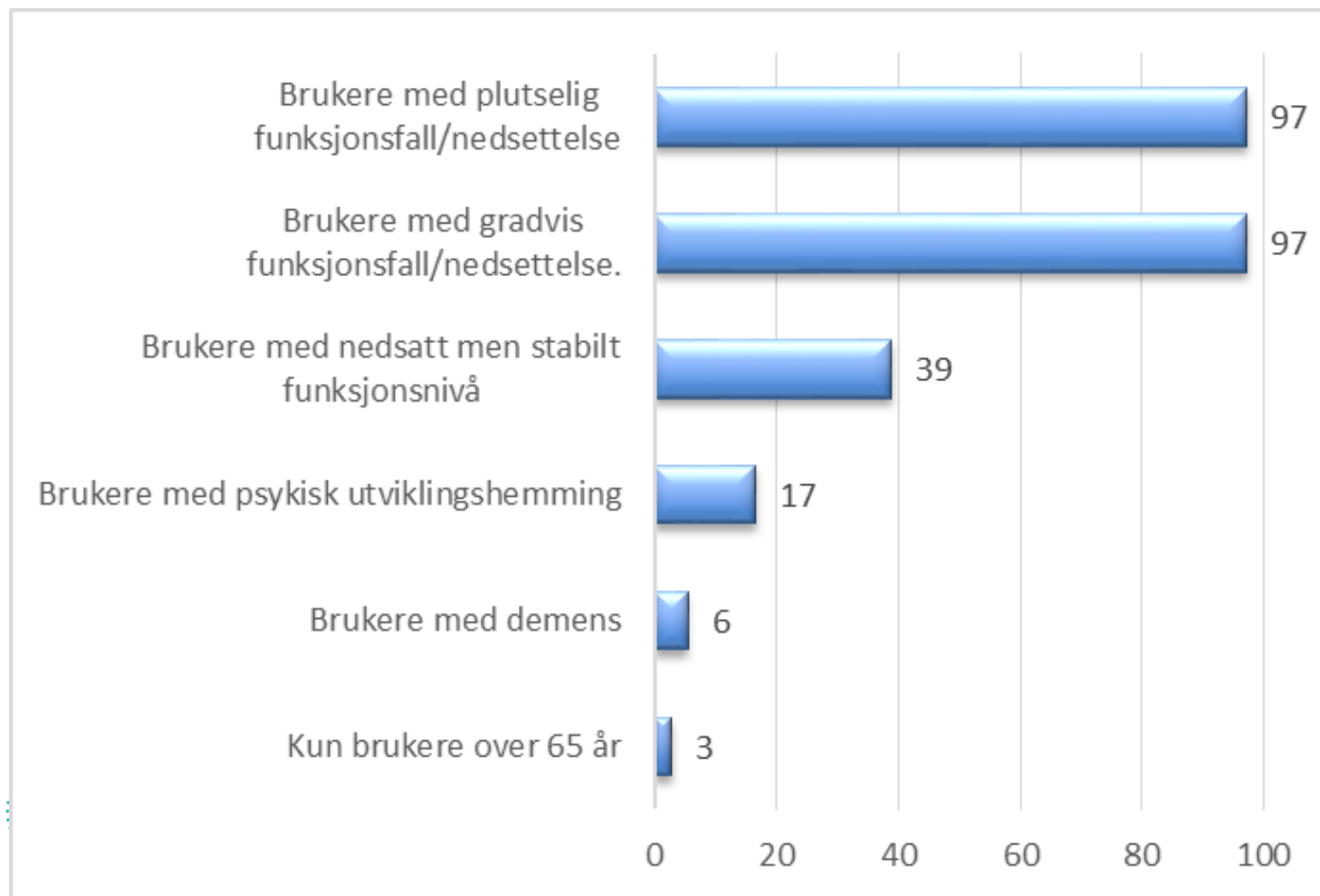
Metode

- Spørreskjema sendt til 36 kommuner bestående av 16 åpne og 31 lukkede spørsmål
- Fokusgruppeintervju med 35 ansatte (med syv ulike profesjoner) i syv kommuner

Forankring av oppstart og begrepsbruk

- Oppstarten av hverdagsrehabilitering var forankret politisk (66 %) eller administrativt (34 %).
- 33 av 36 kommuner brukte uttrykket «hverdagsrehabilitering» for tilbudet.
- Tre kommuner brukte i stedet uttrykkene «hverdagsmestring», «hjemmerehabilitering» og «innsatsteam».
- Flere kommuner oppga at de kaller tilbudet for hverdagsmestring i tillegg til hverdagsrehabilitering.

Målgrupper



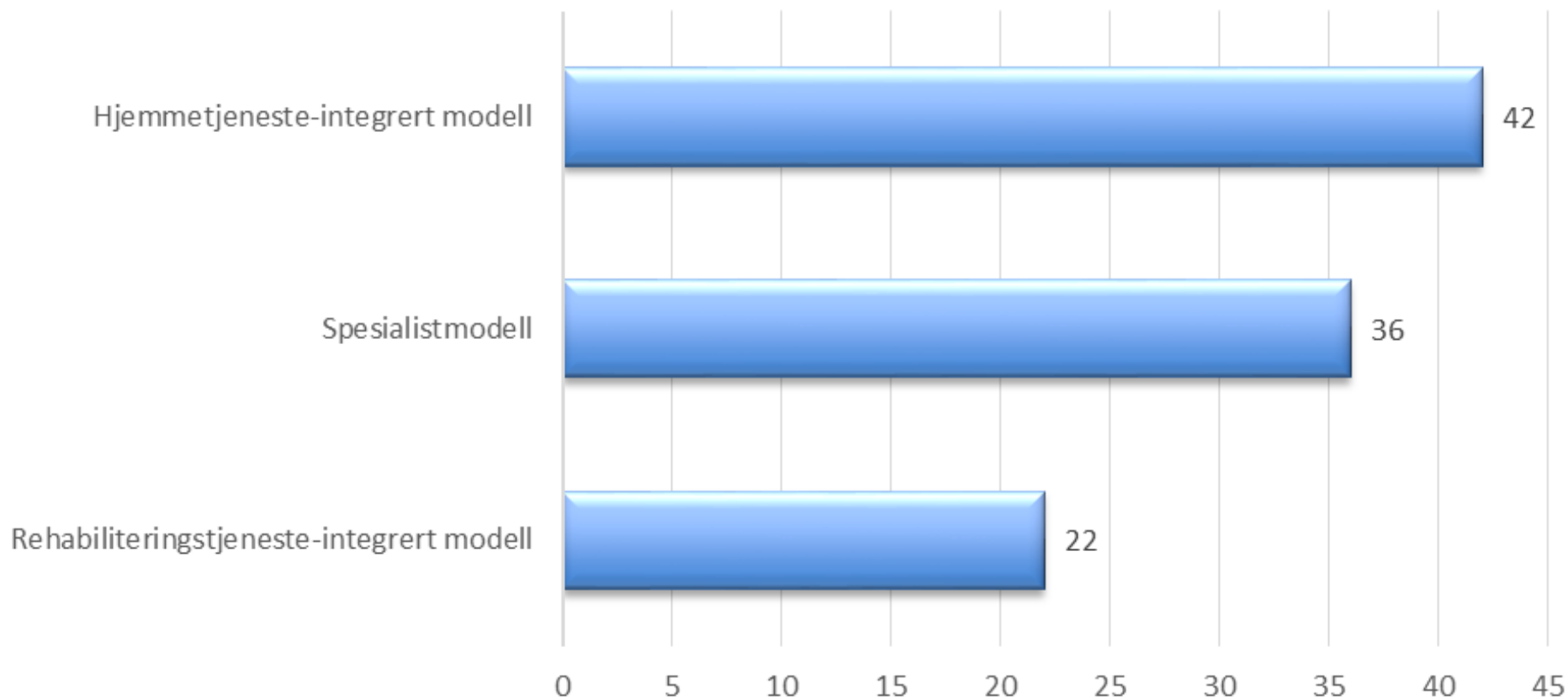
Tiltakene i hverdagsrehabilitering

1. Trening på dagliglivets aktiviteter som er mest relevante i boligen (64 %)
2. Generelle fysiske øvelser for å styrke muskler, balanse eller utholdenhet (37 %)
3. Trening på aktiviteter som er mest relevante utenfor boligen (12 %)
4. Tilrettelegging av bolig/nærmiljø med tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi (0 %, 37 % nest vanligst)

Varighet og intensitet

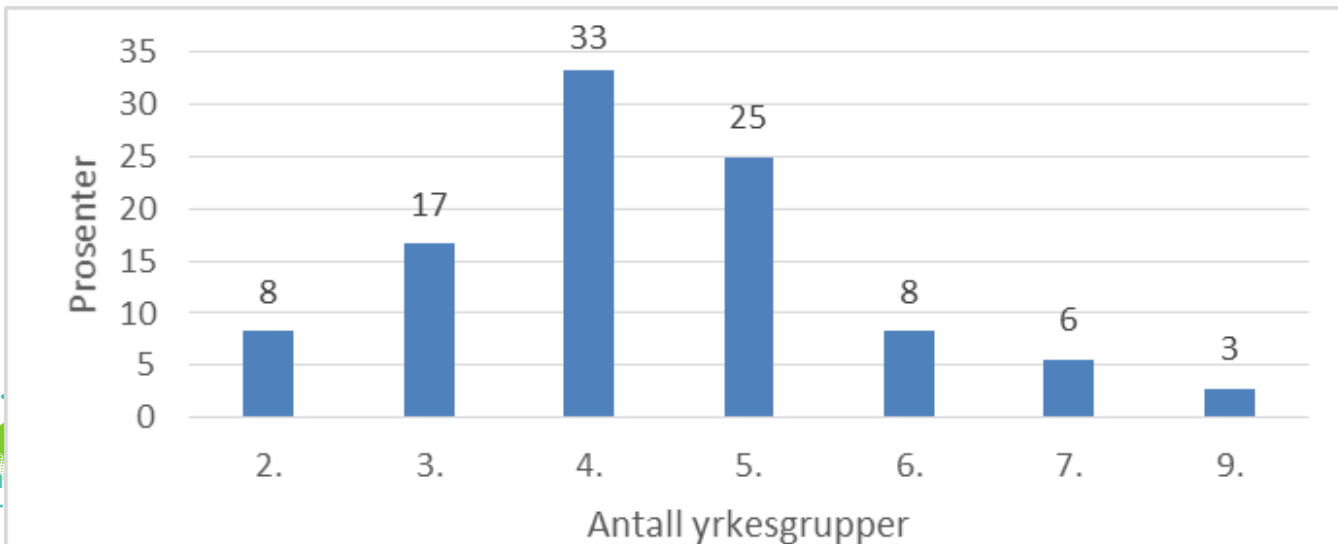
- Oppgitt **gjennomsnittslengde** på rehabiliteringsperioden var 5,7 uker, varierende fra 3-12 uker.
- **Hvor ofte?**
 - Det vanligste er å tilby hverdagsrehabilitering **daglig**.
 - 3-4 dager per uke er nest vanligste frekvens, dernest to ganger per dag. Spredningen i intensitet er stor.
- 31 % gir tilbudet på **kveld og/eller helg** i tillegg til dagtid på hverdager.
- 64 % gir alltid et eller flere **oppfølgingsbesøk** etter endt rehabiliteringsperiode, 25 % oppgir at oppfølgingsbesøk kun gis ved behov, mens 11 % aldri gir slike oppfølgingsbesøk.
- 69 % gir **gjentakende perioder** med hverdagsrehabilitering for samme bruker, mens 31 % ikke gir dette.

Organisasjonsmodeller



Tverrfaglighet

- Hvilke yrkesgrupper bidrar i **den praktiske hverdagsrehabiliteringen/treningen hjemme hos deltakeren?**
 1. Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
 2. Fysioterapeut
 3. Ergoterapeut
 4. Sykepleier
 5. Hjemmehjelper/assistenter
- **Antall yrkesgrupper hjemme involvert:**



Hvilke yrkesgrupper bidrar i organiseringen og utarbeidelsen av treningsopplegget?

1. Fysioterapeut
 2. Ergoterapeut
 3. Sykepleier
 4. Vernepleier
 5. Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
- 34 av de 36 kommunene svarte at behovet for hverdagsrehabilitering blir vurdert gjennom en tverrfaglig utredning og vurdering.
 - **Både vurdering av behov, utarbeidelse av rehabiliteringsplan og treningen sammen med deltaker er *utpreget tverrfaglig* i de fleste kommunene.**

Samarbeidsrelasjoner til andre enheter i og utenfor kommunen

TABELL 1: VURDERINGER AV SAMARBEIDSRELASJONENE TIL ANDRE ENHETER I OG UTENFOR KOMMUNEN. GJENNOMSNIITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennom- snitt	Variasjons- bredde	Standard- avvik	N
Bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtakskontor	4,1	3	0,95	33
Den ordinære hjemmetjenesten	4,1	2	0,81	36
Den ordinære rehabiliteringstjenesten	4,0	3	0,83	34
Koordinerende enhet	3,9	3	1,24	16
Den ordinære habiliteringstjenesten	3,0	3	1,16	10
Spesialisthelsetjenesten	2,8	4	0,88	31
Fastlegene	2,7	4	0,92	31

Grad av om hverdagsrehabiliteringstenkningen preger tjenestene.

TABELL 1: PREGER TENKNINGEN I HVERDAGSREHABILITERING DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE? GJENNOMSNIITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennom- snitt	Variasjons- bredde	Standard- avvik	N
Den øvrige rehabiliteringstjenesten i kommunen	4,1	3	0,79	36
Bestiller/forvaltnings/tjeneste/vedtakskontor	3,7	4	0,98	34
Lederne i helse- og omsorgstjenesten	3,7	3	0,79	36
Koordinerende enhet	3,5	4	1,27	26
Hjemmetjenesten	3,3	3	0,84	35
Den øvrige habiliteringstjenesten i kommunen	3,1	4	1,28	23
Fastlegene	2,3	3	0,87	31

Utsiktede konsekvenser?

TABELL 1: SYNSPUNKTER PÅ EVENTUELLE UTILSIKTEDE KONSEKVENSER AV HVERDAGSREHABILITERING. GJENNOMSNITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL SVAR (N)

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

Faglig forsvarlighet

TABELL 1: VURDERINGER AV FAGLIG FORSVARLIGHET I FORHOLD TIL LOVVERK OG DET Å DELEGERE REHABILITERINGSOPPGAVER TIL MEDHJELPERE. GJENNOMSNIITT, VARIASJONSBREDDE, STANDARDAVVIK OG ANTALL KOMMUNER (N)

	Gjennom- snitt	Variasjons- bredde	Standard- avvik	N
Norsk lovverk om habilitering og rehabilitering og faglige standarder?	4,5	3	0,66	35
Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere med helsefagutdanning fra videregående skole-nivå?	4,3	2	0,57	35
Å overlate noen av de «daglige» rehabiliteringsoppgavene til medhjelpere uten helsefagutdanning.	3,4	4	0,98	26

Resultater av intervjuer med ansatte

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

3. Hvilke modeller er mest hensiktsmessige- Oppsummert

- Kommunenes valg av modeller gir ikke signifikante utslag på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter på individnivå.
- Heller ikke på kostnad per QALY.
- Vi kan ikke konkludere med at en av modellene er mer hensiktsmessig enn de andre for kommunene samlet.
- Kommunenes egne begrunnelser for modellvalget synes veloverveide.

4. I hvilken grad krav til faglig forsvarlige tjenester og god praksis ivaretas – Oppsummert.

Samsvarer det faglige innholdet med deltakernes behov?

- Tverrfaglige rehabiliteringsteam bidrar til å møte deltakeres behov!
- COPM er et godt verktøy for å kunne identifisere brukers egne mål!

Forts. 4 Bidrar hverdagsrehabilitering til styrking av rehabilitering?

- Behov for økende spesialiserings-organisering i hjemmetjenestene (team og koordinatører)
- Hverdagsrehabiliteringsteam er uttrykk for denne utviklingen.
- Teamene er utpreget tverrfaglige, samarbeider daglig og er samlokaliserte.
- Opparbeider seg dermed viktig erfaringsbasert rehabiliteringskompetanse.

Forts. 4

- Fastlegene og sykehusene har en perifer rolle i hverdagsrehabiliteringen, og preges sannsynligvis i liten grad av tenkningen.
- Behov for mer informasjon og utveksling?
- Styrking av kommunal rehabilitering?
 - For målgruppene for hverdagsrehabilitering, ja.
- Hverdagsrehabilitering oppfyller de sentrale kriteriene for rehabilitering.
- Faglig forsvarlig? Et komplisert spørsmål fyldestgjørende på.

5. I hvilken grad prosjektene sikrer implementering i ordinær drift -Oppsummert

- Oppstart av prosjektene var godt forankret i kommunene.
- De fleste kommunene oppgav at overgangen til fast drift skulle skje i første del av 2016.
- Uklart om dette var en intensjon eller om beslutningen er politisk forankret og budsjettmessig innplassert.
- Det gjenstår å se hvorledes kommunene lykkes med å implementere tilbudet og tenkningen i fast drift på lengre sikt.

5 forts . Faktorer som eventuelt hemmer og fremmer implementering i ordinær drift

- Støtte i politisk og administrativ ledelse, og få innplassering på de ordinære driftsbudsjettene
- Integrasjon av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstenkningen i hjemmetjenestene og i andre kommunale enheter.
- Samspillet med fastlegene og sykehusene.

Hovedkonklusjoner del 1

- Hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn standard tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet og total helsestatus i et seks måneders og delvis i et tolv måneders perspektiv.
- Hovedkriteriene for rehabilitering (**tverrfaglig, personsentrert, intensiv, målrettet**) synes å være oppfylt i hverdagsrehabilitering.
- Tverrfaglige team arbeider mot felles mål, sammen med deltaker.
- Styrker rehabiliteringstilbudet for målgruppene.
- Anvendelse av COPM er svært nyttig.
- Ulike organisatoriske modeller, fornuftige lokale tilpasninger.
- Om lag like kostnader, men større helsegevinst.

Behov for mer forskning

- Behov for mer forskning når hverdagsrehabilitering er blitt varig drift.
- Dette inkluderer kvantitative effektstudier og kvalitative studier om erfaringer.

Del 2:

Hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming

Problemstillinger

1. I hvilken grad bidrar hverdagsrehabilitering til økt egenmestring og selvhjulpenhet for personer med utviklingshemming?
2. I hvilken grad egner hverdagsrehabilitering seg for personer med utviklingshemming?

Metode/design

A. En oppfølgingsstudie (kvantitativ del)

- Intervensjonsgruppen mottok hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen mottok standard tjenester.
- Deltakerne ble kartlagt ved oppstart, ti uker, seks måneder og tolv måneder.
- Tre vurderingsredskaper ble brukt: COPM (utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter), SPPB (fysisk funksjon) og EQ-5D (helserelatert livskvalitet).

B. Intervju (kvalitativ del)

- Intervjuer med åtte ansatte fra seks kommuner.
- Profesjoner intervjuet: seks vernepleiere, èn helsefagarbeider og èn ergoterapeut.

A. Beskrivelse av kommuner og deltakere

Kommuner

- Totalt åtte kommuner av til dels mellomstor størrelse var inkludert i følgeforskningen.

Deltakere i oppfølgingsstudien

- Utvalget besto av 47 personer fordelt på 38 i intervensjonsgruppen og åtte i kontrollgruppen.
- Deltakerne var i gjennomsnitt 37 år, begge kjønn var likt representert, 4/5 av dem bodde alene i egen bolig/bofellesskap og 4/5 var uføretrygdet eller på arbeidsavklaring.
- Nærmere halvparten oppga at utviklingshemmingen i seg selv var deres største helseutfordring.

Resultater

Endring i COPM skår utførelse og tilfredshet på 10 uker, 6 og 12 mnd i hverdagsrehabiliteringsgruppen.

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

Samlete resultater oppfølgingsstudien

Signifikante helseeffekter for deltakere i hverdagsrehabiliteringsgruppen
(basert på parret t-test)

	Tidspunkt		
	10 uker	6 mnd.	12 mnd.
Daglige aktiviteter (COPM)			
Utførelse	+	+	+
Tilfredshet	+	+	+
Fysisk funksjon (SPPB)			
Balanse	-	-	-
Gange	-	-	-
Reise/sette seg	-	-	-
Totalskår	-	+	-
Helserelatert livskvalitet (EQ-5D)			
Gange	-	-	-
Personlig stell	-	-	-
Vanlige gjøremål	-	-	-
Smertet/ubehag	-	-	-
Angst/depresjon	+	-	+
Total helseskår (VAS)	+	-	-

Grønn = signifikant fremgang
Rød = ikke signifikant fremgang



B. Resultater av intervjuer med ansatte

- De ansatte benytter begrepet «habilitering», ikke hverdagsrehabilitering.
- COPM er et viktig og egnet vurderingsredskap, spesielt fordi det fører til at deltakernes egne mål identifiseres
- Deltakerne har manglende selvbestemmelsesferdigheter, COPM bidrar til å fremme disse.
- Grunnet få profesjoner, kan det være vanskelig å få til tverrfaglig samarbeid.
- Ungdommer som flytter fra foreldrehjemmet, kan ha behov for et intensivt «re/habiliteringsopplegg».

Del 2: Hovedkonklusjoner

- Personer med lettere grad av utviklingshemming synes å ha utbytte av hverdagsrehabilitering når det gjelder utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter.

Svar på problemstilling 1: Hverdagsrehabilitering syne så å føre til økt egenmestring og selvhjulpenhet også for deltakere i denne gruppen.

- COPM er et egnet instrument for personer lettere grad av utviklingshemming. Behovet for hverdagsrehabilitering er ikke stort i denne gruppen, og synes å være størst ved flytting til selvstendig bolig for første gang.

Svar på problemstilling 2: Hverdagsrehabilitering synes å være en egnet rehabiliteringsform som styrker rehabiliteringstilbudet for personer med lettere grad av utviklingshemming

Takk for et godt samarbeid til alle involverte!



