

# Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering

– Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS

Kristin Skeide Fuglerud  
Bent Håkon Lauritzen  
Hilde Eide





Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide

**Innovativ Rehabilitering i  
Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med  
kommunal rehabilitering**

– Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS

Følgeevaluering, delrapport 2

© 2018 Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide  
Universitetet i Sørøst-Norge  
Vitensenteret Helse og teknologi  
Drammen, 2018

Norway Health Tech

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 7

ISSN: 2535-5325 (Online)

ISBN: 978-82-7860-339-0 (Online)



Utgivelser i publiseres som Creative Commons\* og kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

## Sammendrag

Denne rapporten omhandler evaluering av prosjektet «Innovativ rehabilitering i indre Østfold». Dette er andre delrapport. Hensikten med evalueringen er systematisk kunnskapsutvikling og målrettet læring med fokus på kommunal rehabilitering. Evalueringen baseres i det andre året på intervju og spørreundersøkelse av personer som har mottatt tjenester fra Tverrfaglig VurderingsTeam (TVT), fokusgruppeintervjuer med TVT og sentrale personer i de involverte kommunene, representant for Tillitsvalgte og Brukerforum samt registrerte data fra arbeidet i Tverrfaglig VurderingsTeam.

### **Rehabiliteringsprosjektet i denne perioden har hatt særlig fokus på følgende hovedtemaer:**

- Videreutvikling av modell for samfunnsbasert rehabilitering
- Etablere en profesjonell interkommunal rehabiliteringsenhet for å sikre intensiv rehabilitering med høy kvalitet.
- Forankring av modellen blant ulike interessenter
- Samhandling mellom aktører i rehabiliteringsforløp (sykehus, fastlege, kommuner, etc.)
- Pilotering av tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
- Legge frem hørings sak for etablering av sengeenhet for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold, som erstatter senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.
- Utarbeide prinsipper for hvordan bidra til at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess (myndiggjøring av person)
- Informasjons- og kompetansespredning gjennom deltakelse på nasjonale konferanser og møteplasser.
- Etablering av måleparametere for å sikre effektiv gevinstrealisering av planlagte tiltak.
- Videre planer for innovasjonsarbeid

### **Følgforskernes hovedinntrykk**

- Prosjektet er godt organisert, strukturert og ledet.
- Fokusgrupper og intervjuer bekrefter inntrykket av at det er jobbet godt med å involvere ulike aktører og å forankre prosjektet i den komplekse og utfordrende kommunestrukturen, med IKS og planlagte kommunesammenslåinger.
- Det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer.
- Prosjektet har god oversikt over nåsituasjonen i Indre Østfold og har jobbet med å skaffe kunnskap om ulike nasjonale modeller og løsninger, inkludert teknologiske løsninger.
- Pilotering av TVT har så langt vært vellykket og har gitt verdifulle erfaringer og et godt utgangspunkt for videre arbeid med å forfine og oppdatere modellen for samfunnsbasert rehabilitering.
- TVT bidrar til koordinering, samhandling og tidlig igangsetting av tiltak.
- Erfaringene med bruk av teknologi viser at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling. Erfaringene fra bruk av spill og virtuell trening tyder på at det er motiverende og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

### **Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet**

- Det bør legges vekt på å videreutvikle og implementere samfunnsperspektivet i modellen for samfunnsbasert rehabilitering.

## Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk

- Man bør fortsette det gode forankrings og informasjonsarbeidet, og legge vekt på fysiske møter med fagpersoner i kommunene.
- Det bør jobbes videre med å klargjøre grenseoppganger mot rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inkludert private aktører, institusjonell rehabilitering i kommunene mot hverdagsrehabilitering og aktører i kommunene.
- Rutiner og prosess for henvisning til TVT og samhandling med tildelingsfunksjonen bør optimaliseres.
- Se på betydning av alder og arbeid for de ulike rehabiliteringstjenestene og se på vurdering av rehabiliteringspotensialet vs. vedlikehold av funksjon.
- Man bør arbeide videre med samhandling rundt den individuelle rehabiliteringsplanen og se på muligheter for digitale løsninger som gjør at personen har tilgang. Videre bør man se på forholdet mellom individuell plan og individuell rehabiliteringsplan.
- Arbeide videre med å motivere til øket bruk av rehabiliteringsteknologi. Formidle erfaringer med og ønsker for teknologi til leverandører og andre slik at løsningene forbedres.
- Vurdere hva som vil være et bærekraftig tjenestenivå, hva er personeffekter versus økonomiske effekter. Vurdere behov for skalering slik det tverrfaglige rehabiliteringsteamet dekker behovet for alle kommunene.

# Innhold

<b>DOKUMENTINFORMASJON</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>BAKGRUNN</b> .....	<b>6</b>
REHABILITERINGSPROSJEKTETS ARBEIDSMETODE .....	6
SAMFUNNSBASERT REHABILITERING.....	7
REHABILITERINGSPROSJEKTETS ARBEID I 2017 .....	8
<b>UTDRAG FRA TIDLIGERE ANBEFALINGER FRA FØLGEFORSKERNE</b> .....	<b>9</b>
MÅLGRUPPER FOR SAMFUNNSBASERT REHABILITERING .....	9
TEKNOLOGI I KOMMUNAL REHABILITERING.....	9
PERSON-ORIENTERING I TJENESTENE .....	11
<b>FØLGEVALUERING: METODE OG GJENNOMFØRING</b> .....	<b>12</b>
FORSTÅELSE AV OPPDRAGET OG DELLEVERANSER.....	12
METODE OG DATAINNSAMLING .....	12
TEMAER FOR FØLGEVALUERINGEN I 2017 .....	13
<b>RESULTATER</b> .....	<b>15</b>
FORANKRINGSARBEID .....	15
«PERSONEN SOM EIER AV EGEN REHABILITERINGSPROSESS» .....	16
TVT´S ARBEIDSMETODIKK INKLUDERT ANVENDELSE AV TEKNOLOGI I REHABILITERINGSPROSESSEN .....	18
PROSJEKTETS VERDISKAPING – ETABLERING AV MÅLEPARAMETRE .....	24
<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>30</b>
<b>VEDLEGG 1: REHABILITERINGSPROSJEKTETS FORMÅL OG OVERORDNEDE MÅL</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE / SPØRRESKJEMA PERSON MED PERSONENES SVAR</b> .....	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 3: TEMAGUIDE FOKUSGRUPPE OM FORANKRING</b> .....	<b>36</b>
<b>VEDLEGG 4: TEMAGUIDE FOKUSGRUPPE TEKNOLOGI</b> .....	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 5: UTFØRERE AV FØLGEFORSKNINGEN</b> .....	<b>41</b>
<b>FIGUROVERSIKT</b>	
FIGUR 1: SAMFUNNSBASERT REHABILITERING (REVIDERT MODELL, REHABILITERINGSPROSJEKTET JAN 2018) .....	8
FIGUR 2: SENTRALE TIDSFORLØP FOR ARBEIDET TIL TVT .....	25
FIGUR 3: STED FOR FØRSTE TVERRFAGLIGE VURDERING .....	26
FIGUR 4: HVEM HAR HENVIST PERSONER TIL TVT .....	26
FIGUR 5: DELTAKELSE I ARBEID MED INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN (IRP) .....	28

## Innledning

Prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» startet i mai 2016 og er våren 2018 ferdig med sitt andre år med finansiering over statsbudsjettet, og i gang med tredje år. For enkelhets skyld omtaler vi dette prosjektet som «rehabiliteringsprosjektet» i denne rapporten.

Rehabiliteringsprosjektet leverte den 18.01.2017 en rapport fra arbeidet i prosjektets første år, med anbefalinger og forslag til en handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli, Devold, Kobbevik, Paulsen & Johansen, 2017). Det ble også utarbeidet en rapport for følgeevalueringen for det første året med fokus på brukermedvirkning, den valgte rehabiliteringsmodellen, prosjektarbeid og verdiskapning (Eide, Fuglerud & Lauritzen, 2017).

Denne rapporten oppsummerer resultater fra følgeforskning og evaluering av rehabiliteringsprosjektet i det andre året. I denne perioden har vi først og fremst hatt fokus på hvordan prosjektet har tilrettelagt for

- a) Brukermedvirkning hos de som fikk tilbud fra TVT og delprosjektet Myndiggjøring av person (MAP)
- b) TVTs arbeidsmetodikk inkludert anvendelse av teknologi i rehabiliteringsprosessen
- c) Prosjektets forankringsarbeid mot å etablere spesialisert rehabiliteringstjeneste.
- d) Danne grunnlag for måling av effekter av ny rehabiliteringsmodell

## Bakgrunn

Etter at Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset IKS), ble etablert i 2012 har det i 2 tidligere runder blitt arbeidet frem forslag til hvordan rehabilitering ved helsehuset kan etableres. «Forprosjekt rehabilitering 2014», bestående av representanter fra Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS eierkommunene og brukerrepresentant ble avsluttet etter beslutning om endrede økonomiske rammer for Helsehuset IKS. I den avsluttende rapporten poengterte arbeidsgruppen at det må avklares videre hvilke oppgaver kommunene faktisk skal ivareta i fremtiden. Gruppen konkluderte og anbefalte blant annet at det bør etableres en rehabiliteringsavdeling ved Helsehuset IKS.

I Statsbudsjettet for 2016 ble det så bevilget 5 millioner kroner til Helsehuset IØMK IKS til det nåværende rehabiliteringsprosjektet, som denne rapporten omhandler. Arbeidet i dette prosjektet bygger på det arbeidet som er gjort i tidligere prosjekt. I Statsbudsjettet for 2017 ble det bevilget ytterligere 5 millioner kroner til videreføring av prosjektet i 2017 .

Nedenfor gis en kort beskrivelse av sentrale deler av den samfunnsbaserte rehabiliteringsmodellen som prosjektet bygger på. Se for øvrig rehabiliteringsprosjektets handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli mfl., 2017).

## Rehabiliteringsprosjektets arbeidsmetode

Rehabiliteringsprosjektets arbeidsmetodikk bygger på Demings modell for utvikling og kvalitetsarbeid. Det har vært viktig å bygge på forskning og etablert kunnskap. Prosjektet har beveget seg i Demings sirkel - forberede - planlegge - utføre - evaluere - følge opp - i en kontinuerlig prosess. De har jobbet

med forankring og involvering av brukere, både brukere av rehabiliteringstjenester og fagpersoner som bidrar i rehabiliteringsprosesser. Videre har det vært vesentlig med en transparent prosess ettersom vi eies av syv kommuner. I tillegg har det vært avgjørende å forsøke «gå i takt» med kommunesammenslåingsprosessen til eierkommunene (Delhi, 2018).

Prosjektet startet med en grundig kartlegging av eierkommunenes rehabiliteringstjeneste i 2016 ved hjelp av spørreskjema, samt studier av relatert forskning og relevante lover, forskrifter og veiledere. Dette danner grunnlag for en analyse og vurdering av hvilke krav disse føringene stiller til kommunehelsetjenesten. Tidlig i 2017 ble det også gjennomført en kartlegging av bruk og organisering av rehabiliteringssenger ute i eierkommunene.

Dette danner grunnlaget for arbeidsmodellen «Samfunnsbasert rehabilitering» som er den helheten det jobbes mot. Med tanke på teknologi har tilnærmingen vært å prøve ut internt, lære opp internt, teste ut med reelle brukere og deretter evaluere alle erfaringer.

## Samfunnsbasert rehabilitering

Rehabiliteringsprosjektet bygger på sentrale føringer for kommunal rehabilitering. Betydningen av et helhetlig perspektiv vektlegges, hvor personen settes i sentrum og man ser vedkommendes muligheter i sammenheng med faktorer i omgivelsene.

Prosjektet har valgt å teste ut en modell de kaller for samfunnsbasert rehabilitering (Dehli et al s 16 & 65). Denne modellen er inspirert av WHO's modell kalt "Community Based Rehabilitation" (CBR)<sup>1</sup>. CBR modellen er utviklet i land med samfunnsstrukturer som ikke er så velutviklet. Hensikten er at personene skal tilbake til samfunnet, og at lokalsamfunnet bidrar til et samfunn som er rehabiliterende.

I rehabiliteringsprosjektets modell for samfunnsbasert rehabilitering skiller det mellom tre nivåer av rehabilitering som kan tilbys som helsetjenester:

1. Rehabilitering i spesialist-tjenesten = spesialisert rehabilitering
2. Rehabilitering i medisinske kompetansesenter og av tverrfaglige spesialiserte team = Intensiv rehabilitering
3. Rehabilitering i pleie og omsorgstjenesten = Hverdagsrehabilitering

I tillegg skisserer modellen det som kalles for det rehabiliterende lokalsamfunnet; hvordan lokalmiljøet kan støtte opp under og bidra til rehabilitering slik at personen det gjelder kan delta

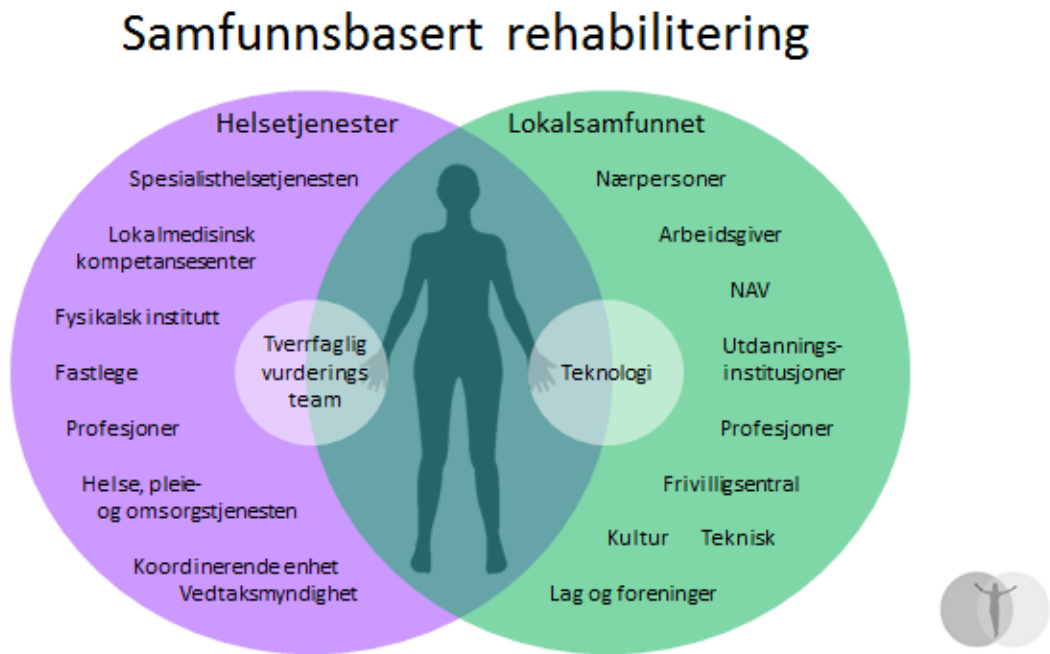
---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/> , <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>



optimalt i samfunnet på den måten han eller hun ønsker å delta. Videre vektlegges brukerfokus og -medvirkning.

Modellen under visualiserer forholdet mellom helsevesenets ansvar for rehabiliteringstjenester og skisserer hvilke muligheter i personens omgivelser som kan bidra positivt i en rehabiliteringsprosess.



Figur 1: Samfunnsbasert rehabilitering (revidert modell, Rehabiliteringsprosjektet jan 2018)

Som en del av rehabiliteringsprosjektets handlingsplan for 2017 – 2020 ble det anbefalt at det bygges opp et interkommunalt ambulant tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og at det opprettes senger for intensiv rehabilitering (SIR) for personer som har behov for rehabilitering på institusjon.

## Rehabiliteringsprosjektets arbeid i 2017

I 2017 har det vært gjennomført en pilotutprøving av TVT i Indre Østfold. Hovedoppgaven til TVT beskrives som følger (Arbeidsgruppen TVT, 2017b):

*«TVT skal jobbe ambulant, sikre tidlig tverrfaglig vurdering, koordinere tiltak og rehabiliteringsforløp, og igangsette/utføre rehabiliteringstiltak. I samarbeid og samhandling med kommunens helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, sikre tverrfaglig intensiv rehabilitering av høy kvalitet. Teamet skal være en integrert del av kommunens rehabiliteringstjeneste.»*

Rehabiliteringsprosjektet legger også vekt på utprøving av teknologi som kan understøtte personens rehabiliteringsprosess. I løpet av rehabiliteringsprosjektet første år ble det identifisert flere kategorier av teknologier som kan være nyttige, blant annet:

- teknologier for å bedre samhandling mellom aktører i rehabiliteringsforløpet, slik som samhandlings- og kommunikasjonsløsninger inkludert bruk av videokonferanse,
- teknologi for ulike typer tester,
- verktøy for interaktiv målplan og individuell plan,
- samvalgsverktøy
- telerehabilitering, for eksempel bruk av videokonferanse for gruppetrening, undervisning og mestring.
- Teknologi som støtter ulike former for trening og øvelser f.eks. spillteknologi

Det har også vært arbeidet med å legge fram et forslag til etablering av senger for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold, som skal erstatte senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.

Videre har rehabiliteringsprosjektet arbeidet med forankring av modellen for samfunnsbasert rehabilitering, inkludert opprettelse av TVT og SIR. Rapporter om organisering av TVT og SIR har vært sendt på høring og det er lagt fram saksunderlag for behandling i kommunestyrene i Helsehusets syv eierkommuner.

## Utdrag fra tidligere anbefalinger fra følgeforskerne

### Målgrupper for samfunnsbasert rehabilitering

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering skisserer departementet hvilke sykdomsdiagnoser de mener kommunene skal ha ansvar for. Prosjektets egen kartlegging av behovet for rehabiliteringstilbud viser at av de områdene departement framhever, mangler Indre Østfold tilbud til personer med diabetes, personer med muskelskjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, barn og unge med nyoppdaget funksjonssvikt, psykiske lidelser og rusproblematikk (Dehli et al 2017, s 45). Tilbud som ble vurdert som godt og middels godt var større ortopediske inngrep, kreft, hjerneslag og eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap (ibid s. 47). I vår delrapport fra 2017 anbefalte vi at når prosjektet skal lage en plan for hvilke typer rehabiliteringsforløp de vil prioritere når de skal teste ut deler av ny modell bør de velge minst et forløp som ikke er så godt dekket. Vi anbefalte også at de utviklet "Personas" (det vil si hvilke typer funksjonsnedsettelse og rehabiliteringsløp) som er typiske personer som skal inn i rehabiliteringsløp i pilotprosjektet til høsten sammen med brukere for også å spesifisere mulige tjenesteforløp for disse "Personaene" ved hjelp av tjenstedesign. (inkluderer team, senger, nærmiljø, annen helsehjelp, etc..)

### Teknologi i kommunal rehabilitering

Det kan være noen erfaringer fra tidligere forskning og utvikling som kan være verd å ta med seg ved planlegging av innføring av ny teknologi på rehabiliteringsområdet. Som prosjektgruppen har avdekket er det en del overlapp og sammenblanding av ulike begreper innen området (Dehli et al. 2017, s. 95). Beslektede begreper er blant annet helseteknologi, velferdsteknologi, rehabiliteringsteknologi, hjelpemidler, telemedisin, telerehabilitering, utrednings- og

behandlingsteknologier, samt trenings- og mestringsteknolog. I det følgende refereres det til noen relevante erfaringer fra innføring av teknologi på helseområdet i kommunene.

Innføring av velferdsteknologi medfører at flere nivåer i kommunene må arbeide og samarbeide på nye måter. Det framheves at det er svært viktig at innføring av ny teknologi er forankret i ledelsen og har ledelsens aktive støtte (Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide & Eide, 2015; Nilsen, Dugstad, Eide, Gullslett & Eide, 2016). Videre er det behov for å analysere konsekvenser av implementeringen av teknologien. Erfaring tyder på at flere grupper berøres enn de man kanskje først tenker på, og at deres involvering og innsats kan ha avgjørende betydning for implementasjonen. Videre har man funnet at det er viktig at også IKT-tjenesten i kommunen kobles på arbeidet.

En dansk undersøkelse om innføring av velferdsteknologi fant at det meste dreier seg om tilrettelegging av arbeidsformer og organisering. Selve teknologien utgjør i følge Dorthe Kusk bare rundt 20% av de endringene som må settes i verk (Hagenutvalget 2011, s 98).

For innføring av smarthusteknologi pekes det f.eks. på at følgende faktorer er viktige (Hagenutvalget 2011, s 111)

- Nøye planlegging og tverrfaglig organisering
- Brukermedvirkning og opplæring
- Positive holdninger til teknologien og bruken av den blant de ansatte

Videre pekes det på følgende risikofaktorer og barrierer:

- Ustabil og sårbar teknologi
- Lite fleksibel og brukervennlig teknologi
- Utstyr med ulike grensesnitt
- Utskifting av personell – Høy turnover og korttidsansettelser
- Manglende kompetanse
- Uklart regelverk med hensyn til varsling
- Endringer, tilpasninger og utvidelser er vanskelig
- Ethiske problemstillinger, f.eks. med hensyn til overvåking/personvern
- Finansieringssystemer kan bidra til å skape en fragmentert teknologistruktur.

Dette er momenter som også kan være relevante i henhold til innføring av rehabiliteringsteknologi. Videre vil det være relevant å følge pågående arbeide om digitale løsninger for samvalg og individuell plan. PhD arbeidene til Simone Kienlin (Kienlin et al., 2016) ved UiTø og Universitetssykehuset i NordNorge (UNN) og Espen Andreas Brembo (Brembo et al., 2016) ved Høgskolen i Sørøst-Norge er relevante her, samt Reconnect prosjektet (Gammon, Strand, & Eng, 2014) ved Oslo Universitetssykehus<sup>2</sup>. Forskning tyder også på at egenmonitorering ved hjelp av teknologi kan være motiverende for personen i oppfølging av eget rehabiliteringsforløp (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014; Collinge, Yarnold, & Soltysik, 2013).

---

<sup>2</sup> <http://www.spsresearch.no/research/tools/the-connect-tool/reconnect/>

## Person-orientering i tjenestene

Begrepet myndiggjøring blir av og til brukt som en oversettelse av det engelske begrepet «empowerment» i rapporten Det er bruk for alle (NOU, 1998:18). Det engelske begrepet empowerment tillegges gjerne en mer omfattende betydning enn det man i utgangspunktet forbinder med det norske begrepet myndiggjøring. Empowerment har en tredelt betydning som omfatter det å gi makt eller autoritet til å gjøre i stand til og å tillate. Det understrekes derfor at myndiggjøring ikke er noe som enkelte kan tilføres ovenfra eller utenfra, f.eks. ved at personen blir tilført noe fra profesjonelle, men snarere blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det betyr også at myndiggjøring kan oppstå gjennom støtte fra lokalsamfunn, organisasjoner og naturlige hjelpere. Det pekes også på at myndiggjøringsprosjekter (empowermentprosjekter) er tidkrevende. Det er nødvendig å sikre lokale forankring for å oppnå varige resultater. Det advares mot at myndighetene overtar denne type tiltak, fordi det er borgerne som skal eie empowermentprosesser (NOU 1998:18 s. 317-319).

I Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator omtales myndiggjøring som en ressursfokusert tilnærming som vektlegger det å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse (Helsedirektoratet, 2017), s. 18). Her ser man for seg at tjenestene skal bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at pasient og bruker kan nå sitt potensial.

Man bør her være oppmerksom på at myndiggjøring ikke bare er noe helse- og sosialprofesjonene kan bidra til ved å gi fra seg makt til pasienten/brukeren. For at personen skal ha muligheten å ta ansvar og kontroll over eget liv er det helt avgjørende at det også foregår indre prosesser der personen selv setter seg i stand til å ta kontroll over egen hverdag. Det kan være en utfordring med begrepet myndiggjøring, at makten og endringskraften tilsynelatende skal overføres fra profesjonene til personen (Selvhjelp Norge, 2016). En utfordring for prosjektet kan bli å synliggjøre hvordan individet selv kan mobilisere og ta i bruk krefter som ikke nødvendigvis tilføres av andre.

## Følgeevaluering: metode og gjennomføring

Prosjektet «Innovativ rehabilitering Indre Østfold» var avhengig av årlige bevilgninger over statsbudsjettet, og det var dermed naturlig å dele det opp i årlige delprosjekter i samsvar med bevilgningen. Første prosjektperiode var fra mai til desember 2016. Et stykke ut på høsten 2016 ble det også klart at det ble bevilget midler for videreføring i 2017.

## Forståelse av oppdraget og delleveranser

Følgforskning skiller seg noe fra tradisjonell samfunnsforskning. Forskjellen og innholdet i følgforskning er beskrevet som følger:

*«Anvendt samfunnsforskning tar sikte på å beskrive, forstå og analysere ulike fenomener. Gjennom evaluering er man opptatt av det samme, men i tillegg forsøker man å vurdere om aktuelle endringer har vært store nok, raske nok, verdt de økonomiske investeringene som ble gjort, verdt tiden som ble brukt eller innsatsen som ble lagt ned. Det kan være sentralt å tydeliggjøre om et tiltak har tilført eller utviklet den verdien man ønsket å tilføre, og i hvilken grad og på hvilken måte dette i så fall har skjedd. På bakgrunn av dette gir man råd om veien videre. Ofte er man også involvert i å medvirke til at endring skjer. Slik strekkes rollen som evalueringsforsker noe lengre enn rollen som anvendt samfunnsforsker.» (Sverdrup, 2014).*

*”Innsikt, forståelse, læring samt dialog mellom forskere og de som inngår i tiltaket eller prosjektet som evalueres anses som viktig. Når en prosess «følges» over tid på denne måten benyttes ofte betegnelsen følgforskning» (Sverdrup, 2014).*

Det er også viktig at forskerne bidrar med innspill til oppdragsgiveren underveis i prosessen. Dette er delleveranse 2, som omhandler prosjektperioden fra 1 april 2017 til levering av denne rapporten i april 2018. Følgeprosjektet fortsetter deretter, og vil levere en ny rapport som inkluderer arbeidet for resten av 2018.

## Metode og datainnsamling

Denne studien bygger på et sammensatt og tverrfaglig perspektiv og følgforskere har også tverrfaglig bakgrunn. Hensikten har vært å få til en bred framstilling av et fenomen. Dette danner grunnlaget for anvendelse av et multimetodisk design med innhenting av kvalitative og kvantitative data fra en rekke kilder. Studien er meldt til personvernombudet for forskning.

Vi har benyttet følgende kilder til informasjon og data:

- Spørreskjema til personer som har mottatt tjenester fra TVT (se appendix 1) (Personsurvey). De første 30 personene som har fått vurdering av TVT i perioden fikk forespørsel om å delta i en enkel evalueringsundersøkelse og fikk utdelt spørreskjemaet.
- Hjemmebesøk og dybdeintervju med noen av personene (Personintervjuer). I samarbeid med TVT gikk vi gjennom kriterier for og ønsket utvalg av personer for intervju. På bakgrunn av dette gjorde TVT henvendelser til personer som sammenfalt med utvalgsriteriene. Det var i utgangspunktet fem personer som var villige til å delta hvorav en trakk seg.

- Fokusgruppeintervju med fagpersoner i kommune (FG kommune). Fire personer fra fire ulike kommuner og med ulike fagbakgrunn. fysioterapeut, sykepleiere og saksbehandler, deltok.
- Fokusgruppeintervju med TVT og prosjektmedarbeidere (FG TVT). 8 personer deltok.
- Fokusgruppeintervju om bruk av teknologi (FG teknologi). Målet var å få med et bredt utvalg av personer fra TVT og som har erfaringer med bruk av teknologier i prosjektet. Til sammen 7 personer deltok. I tillegg til personer fra TVT (lege, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut), også prosjektleder, teknologileverandør og prosjektets teknologikoordinator.
- Fokusgruppeintervju med sentrale personer i kommunene (FG forankring). Målet var å få en bredt sammensatt gruppe med personer utenfor prosjektet, fra flest mulig av eierkommunene. Det deltok 7 personer utenfor prosjektet med ulike roller; rådmann, hovedtillitsvalgt, brukerråd, samhandlingssjef sykehuset Østfold, kommuneoverlege, virksomhetsleder og ordfører.

Studien bygger således på empirisk mangfold. Intervjuer og fokusgruppeintervjuer er tatt opp på lydbånd. Intervjuer og fokusgruppeintervjuer er dels referert i detalj, og dels transkribert fullt ut. Det er foretatt en tematisk analyse av dette materialet.

I samarbeid med prosjektteamet er det utviklet et kartleggingsverktøy for arbeidet som utføres av TVT-teamet. Et utdrag av fakta fra denne kartleggingen er vist i rapporten.

I tillegg har vi hatt deltatt i ulike møter og delaktiviteter samt mottatt dokumenter og kommunikasjon:

- Dialogmøter med prosjektstaben
- Deltakelse i delprosjekt MAP1
- Deltakelse i workshop for utvikling av personas
- Rapport fra arbeidsgruppen MAP
- Løpende rådgivning for prosjektleder/eier: Følgforskere har hatt løpende kontakt som rådgiver for prosjektleder og prosjekteier med fokus på overordnet organisering av prosjektet og ambisjon for leveransen.
- **Skriftlige kilder:** Evalueringsgruppen har hatt tilgang til en mengde skriftlig dokumentasjon fra prosjektet. God tilgang til prosjektdokumentasjon har vært viktig for å kunne bidra med innspill og faglige råd. Løpende tilsendt prosjektdokumentasjon både fra møter og analyser: Alle prosjektdokumenter er løpende blitt oversendt fra prosjektleder og lagret i felles dokumentsystem:
  - e-post
  - møterefertat
  - analyser som det jobbes med
  - prosjektplan
  - delrapporter

## Temaer for følgeevalueringen i 2017

Nedenfor gis en kort oversikt over temaene for følgeforskningen for rehabiliteringsprosjektets andre år, og de viktigste datakildene for analysen innen hvert tema.

***Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess***

- Spørreskjema til personer som har mottatt tjenester fra TVT (se appendix 2)
- Intervju med noen av personene
- Deltakelse i delprosjekt MAP
- Rapport fra arbeidsgruppen MAP

***TVT's arbeidsmetodikk inkludert anvendelse av teknologi i rehabiliteringsprosessen***

- Fokusgruppeintervju med fagpersoner i kommunene
- Fokusgruppeintervju med TVT (appendix 4)
- Fokusgruppeintervju om bruk av teknologi
- Rapporter fra TVT om utvikling og arbeid
- Deltakelse i delprosjekt MAP
- Deltakelse i utvikling av personas

***Forankringsarbeid***

- Fokusgruppe med sentrale personer i kommunene (appendix 3)
- Dokumenter og saker som er sendt til politisk behandling
- Analyse av referater

***Prosjektets verdiskaping***

Etablering av måleindikatorer for måling av økonomiske og kvalitative konsekvenser:

- Identifikasjon av kostnader som påvirkes av prosjektet og organisatorisk tilhørighet
- Kartlegging og dokumentasjon av potensielle feilkilder/eksterne påvirkningsfaktorer
- Innhenting av data ved oppstart og etter gjennomførte tiltak (i år 2)
- Teoretisk analyse av potensielle effekter av fullskaladrift
- Bidrag til søknadsskriving til FORKOMMUNE (forprosjekt og hovedprosjekt).

## Resultater

### Forankringsarbeid

#### *Rammer og samfunnsendringer*

I fokusgruppen om forankring ble det diskutert flere forhold som gjør prosjektet høyaktuelt. Samfunnsutviklingen med stadig flere eldre er et viktig bakteppe. Det fører med seg nye utfordringer i form av at vi får stadig flere personer med komplekse og sammensatte tilstander og flere som føler seg ensomme. Dette fører til endringer i sosiale strukturer, og setter press på helse- og omsorgstjenestene. Det må ses i sammenheng med nye bosettingsmønstre og avstand til sykehjem og behandlingssteder. Ikke minst ses prosjektet i sammenheng med den pågående kommunesammenslåingsprosessen i Indre Østfold og de mulighetene for omstrukturering og nedbygging av økonomiske og strukturelle barrierer som det kan gi. Dette settes også i sammenheng med prosjektets fokus på å ha personen i sentrum og å trekke inn lokalsamfunnet. Samtidig trekker man også fram at nye generasjoner krever mer og har mer tilgang på kunnskap og informasjon, og at dette også utfordrer helsetjenesten på nye måter.

#### *Forankring og kommunesammenslåing*

Det er bred enighet om at prosjektet har gjort en god jobb når det gjelder forankring og å involvere og informere sentrale aktører, tillitsvalgte, samarbeidsutvalg og kommunale råd. Samtidig påpekes det at det fortsatt er en jobb å gjøre i forhold til bredden i hver kommune, det å få en felles forståelse av det faglige innholdet og å nå ut til ansatte og fagfolk ute i kommunene.

Prosjektet har klart å formidle at den pågående kommunesammenslåingen er en unik mulighet til ny og bedre organisering av rehabiliteringstjenestene, og at timingen er bra med hensyn til dette. Dette ble understreket flere ganger fra sentrale personer i kommunene. Man ser muligheten for forenkling gjennom kommunesammenslåingen ved at man kan bygge ned en del strukturelle hindringer. Det ser ut til at prosjektet har klart å komme i posisjon i forhold til kommunesammenslåing. Dette er ingen selvfølge. Det er svært mange beslutninger og hensyn som skal ivaretas, og en slik prosess kan også føre til man ønsker å skyve visse beslutninger foran seg.

Betydningen av at man har fått erfaringer og at det har vært mulig å prøve ut ny modell i en pilot blir også understreket. Det at det begynner å komme resultater fra pilotering i prosjektet gjør det lettere å formidle hva man ønsker å oppnå og hvordan man ønsker å oppnå dette.

#### *Informasjonsarbeid*

Prosjektet har hatt en bred informasjonsstrategi, hvor det blant annet har vært regelmessige møter i samarbeidsutvalg med kommuneoverlege og virksomhetsleder, med referansegruppe, med brukerråd og med hovedverneombud for kommunene. Det er utgitt nyhetsbrev og informasjonsvideoer, man har arrangert workshops, deltatt på konferanser og seminarer og vært aktive i sosiale medier. Videre har kommunene fått oversendt orienteringssak om prosjektet samt



høringssak og saksfremlegg vedrørende tverrfaglig vurderingsteam som et interkommunalt prosjekttiltak og senger for intensiv rehabilitering.

Prosjektet har med andre ord jobbet meget bra med å informere, samtidig som det erkjennes at det at å gi nok informasjon er en enorm oppgave. I følge FG forankring må det «*gis riktig informasjon og nok informasjon, om og om igjen*». Det anbefales derfor at prosjektet fortsetter å informere viktige beslutningstagere, f.eks. ved å holde god kontakt med delprosjektene for kommunesammenslåing. Videre anbefales det at prosjektet formidler brukerhistorier for å synliggjøre konkret hva det dreier seg om, gjerne via lokalmedia (FG forankring).

Ved begynnelsen av prosjektet var det en viss skepsis blant de ansatte i kommunene (FG forankring). De ansatte var bekymret for at fagpersoner skulle trekkes vekk fra kommunene, men denne skepsisen ser ut til å ha forsvunnet etter hvert som de har begynt å få erfaringer med TVT piloten og hvordan dette er tenkt. Det ble sett på som positivt at TVT er ambulant og reiser ut til brukerne istedenfor at brukeren selv skal reise til Helsehuset. Det at brukerrepresentanter og brukerråd har vært involvert har bidratt til at konseptet og forståelsen av det har utviklet seg og «*modnet seg*» underveis. Det har ført til at det nå er mange positive signaler fra de ansatte i kommunene og det har blitt et større eierforhold til Helsehuset og dets tjenester (FG forankring).

Selv om informasjon om prosjektet har nådd ut til mange, går det også fram av fokusgruppene at det er litt variabelt hvor mye informasjon som har nådd fram til fagpersoner ute i kommunene. Dette gjelder både med hensyn til hvilke tjenester TVT tilbyr, hvem som er målgruppen, hvem som kan henvise og hvordan (FG kommune). Det er noe usikkerhet med tanke på om TVT kun er et vurderings og koordineringsteam, eller hvorvidt de også tilbyr behandling (FG forankring).

Nyhetsbrev, e-post og informasjonsskriv fanges ikke opp av alle. Både i fokusgruppe med TVT og med ansatte i kommunene tror man at det kan ha større virkning dersom man får noen ansikter å henge informasjonen på. De tror derfor at ansikt-til-ansikt kommunikasjon vil være det beste virkemiddelet for å nå ut til de ansatte i kommunene som kan henvise personer til TVT. Det har også vært gode tilbakemeldinger på et eget informasjonsmøte i allmenlegeutvalget for Helsehusets 7 eierkommuner, og kanskje spesielt på informasjonsmøtet på Kalnes sykehus (FG TVT). Det anbefales derfor at prosjektet avholder flere informasjonsmøter for de aktuelle faggruppene, f.eks. på legekontor, sykehjem, og i møter for hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapeuter.

## «Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess»

Den foreslåtte rehabiliteringsmodellen legger vekt på myndiggjøring av personen, og å engasjere personen i sitt eget rehabiliteringsforløp. For å få dette til tror vi dette aspektet bør styrkes ytterligere. Her kan man også vurdere digitale verktøy for personen. Hvordan kan personen få oversikt over hvilke muligheter han/hun har og hva de betyr? Gis personen nok tid til å tenke gjennom valgene? Hvordan kan man skape kontinuitet i relasjon til vurderingsteamet? For personen vil det være viktig å ha én person å forholde seg til. Hvem har den koordinerende funksjonen for

personen? Det vil være både behov for opplæring av helsepersonell og person. Videre tyder forskning på at egenmonitorering og selvregistrering kan være med på å skape motivasjon og mestring for personen.

### *Arbeidsgruppens konklusjoner om perspektiv på person-orientering*

I 2017 har prosjektet hatt en egen prosjektgruppe som har arbeidet i delprosjektet «Myndiggjøring av person», ledet av Arne Lein. Dette arbeidet er oppsummert i en rapport (Lein mfl., 2018).

Arbeidsgruppen problematiserte begrepet «Myndiggjøring» på følgende måte:

*«Gjennom samtaler i arbeidsgruppen ble det etter hvert tydelig at myndiggjøring var et lite egnet begrep. Ikke minst fordi det forutsatte at noen var umyndig før prosessen startet, og dertil at det forutsatte at noen skulle gjøre en person myndig. Vi stod i fare for at vi på denne måten opprettholdt en paternalistisk tankegang. På samme måte ble begrepet styrking vurdert, det var noen som skulle styrke en annen. Det ble i arbeidsgruppen stadig tydeligere at vi i realiteten snakket om en tilnærming som hadde klarere referanser til begreper som vi finner innenfor samskaping-/ samvalgstradisjonen; at personen sammen med tjenesteutøvere skaper en ny dimensjon inn i og gjennom rehabiliteringsprosessen.» (s.8).*

Videre tok gruppen følgende standpunkt:

*«Vi vil derfor ikke anbefale å bruke myndiggjøring som begrep i det videre arbeidet. Vi velger heller ikke å oversette empowerment, men i stedet å beskrive målet for vår tilnærming ved rett og slett å omtale det som: «Personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess». På denne måten understrekes; personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess i samskaping med tjenesteutøvere som vedkommende møter i denne prosessen (s.8).*

### *Personenes evaluering av tilbudet som er mottatt av TVT*

De første personene som mottok tilbud fra TVT deltok i en liten systematisk evaluering for å undersøke hvordan de opplevde tilbudet, om de opplevde at de fikk den hjelpen de trenger, om teamet tar hensyn til det som er viktig for dem, kjente deres behov, og om de hadde nådd målene sine. Det var planlagt at fem personer skulle intervjues, og at de 30 første deltakerne skulle inviteres til å delta i evalueringsstudien og svare på spørreskjemaet i vedlegg 2, samtidig som de ble bedt om å gi tillatelse til at dataene som var planlagt brukt i verdievalueringen (kapittel om prosjektets verdiskaping – etablering av effektparametere). også kunne sammenstilles med svar på spørreskjemaet

Fire intervjuer ble gjennomført – med en ung person, to middelaldrende og en eldre person, to av de anvendte teknologi i rehabiliteringen og to ikke. En ønsket ikke å være med. Til sammen 13 personer har svart på spørreskjemaet (se vedlegg 2). På tidspunktet spørreskjemaet ble distribuert var det mange som var kommet relativt kort i forløpet også. Det bør vurderes om ikke denne type evaluering også bør inngå som en systematisk brukerevaluering av tilbudet og gis alle som har deltatt, slik at

personene selv også kan evaluere og ikke som nå der det er TVT som vurderer funksjon etter at rehabiliteringen er ferdig.

Et så lite datamateriale kan bare gi en pekepinn på hvordan deltakerne har opplevd tilbudet fra TVT. Det oppleves meget positivt at TVT kommer så tidlig på besøk. Det ser også ut til at TVT er en formidler og koordinator for å få på plass riktig tilbud der også andre aktører som var involvert i behandling av personen (det kunne være eksisterende fysioterapi eller treningsopplegg) fortsatte i rehabiliteringsfasen. Trening med instruktør på video ble opplevd som inspirerende og nyttig både av en ung person som måtte trene hjemme etter en skade og av en eldre person som skulle trene etter slag. Personene opplever at de i stor grad har innflytelse på det som gjøres.

På spørsmålet om de har en individuell plan er svarene litt mer fordelt. Dette stemmer bra overens med TVTs registreringer der det fremgår at det ikke var relevant for alle (se side 27). Det var noen som bare skulle ha fysioterapi og da ble det ikke laget noen individuell plan. Det er også litt uklart om hvordan personene har oppfattet spørsmålet – da individuell rehabiliteringsplan (IRP) er noe annet enn individuell plan (IP) som er lovpålagt.

## TVT's arbeidsmetodikk inkludert anvendelse av teknologi i rehabiliteringsprosessen

Rehabiliteringsprosjektet ønsker at et tverrfaglig team (TVT) skal forestå vurdering av personen som skal inn i et rehabiliteringsforløp. De viktigste målene med å innføre TVT er å bidra til gode overganger og mindre forsinkelser i rehabiliteringsforløpet, tidlig igangsetting av riktige tiltak, og å dreie de kommunale tiltakene fra pleie til forebygging og rehabilitering, samt kompetansebygging og spredning (Arbeidsgruppen TVT, 2017b). TVT skal ha en koordinerende funksjon mellom aktører som inngår i rehabiliteringen. Disse aktørene kan både ha helsefaglige og samfunnsfaglige funksjoner, og inngå i forskjellige eller samtidige faser i et forløp (ibid.). Teamet skal utvikle nye og innovative arbeidsformer gjennom å prøve ut teknologi som kan understøtte rehabiliteringsprosessen. Det skal prøve teknologi som kan bidra til samhandling og som hjelpemiddel for personen (ibid.).

Pilotering av TVT startet i september 2017. Det tverrfaglige vurderingsteamet har bestått av fagpersoner med høy rehabiliteringsfaglig kompetanse; personen selv, fysio- og ergoterapeut, sykepleier og lege (Arbeidsgruppen TVT, 2017b).

### *Opplevde gevinster av TVT*

Person- og fokusgruppeintervjuene tyder på at TVT er godt mottatt og har klare fordeler:

*Jeg synes det har vært veldig ålreit. De har hevet seg på ting og hjulpet meg? De har tatt hensyn til det som er viktig for meg. (Personintervju)*

*De gjør en god jobb. TVT følger opp. De hjelper oss å strukturere og utforme dagsplaner og så følger vi opp. (FG kommune)*

Blant fordelene som nevnes er at TVT har bredere kompetanse og nettverk og derved kan tilføre kunnskap og koble på flere eller andre typer ressurser enn man klarer i den enkelte kommune. De kan avlaste ved å ta seg av personer med store og sammensatte behov som kommunene ikke har ressurser til selv, og de kan løse saker som i dag har lett for å falle mellom flere stoler. TVT har også ved hjelp av videokonferanse bidratt til tettere dialog med spesialisthelsetjenesten. En annen viktig fordel er at TVT kan involvere andre fagpersoner enn det kommunene enkeltvis har anledning til å gjøre:

*De sitter jo på ressurser vi ikke har tilgang til i de små kommunene, så det er jo kjempeviktig, f.eks. logoped og ernæringsfysiolog. De har også tettere kontakt med spesialisthelsetjenestene. De har en bedre Dialog tenker jeg. (FG kommune)*

Det at TVT har god oversikt over tjenester, har opparbeidet seg et nettverk, kjenner kontaktpersoner i institusjoner og i spesialisthelsetjenesten bidrar til enklere og mer effektivt koordinering:

*Ting går veldig fort fordi vi har kontakter. Vi kommer lettere igjennom. (FG TVT)*

Også personene gir positive tilbakemeldinger på TVT. De føler seg sett og ivaretatt og setter stor pris på koordineringsfunksjonen:

*Det at TVT har hjulpet meg å kontakte NAV og fastlegen min - det har vært gull verdt for meg - for jeg blir sliten av å drive og styre sånn. Man skal jo være frisk for å være syk har jeg hørt. (Personintervju)*

Videre innrømmes det at rehabiliteringsperspektivet lett kan forsvinne i en travel kommunehverdag, særlig der hvor det er få pasienter med rehabiliteringsbehov. Det at TVT har fungert som en faglig sparringspartner trekkes også fram som positivt:

*Jeg føler at jeg som står litt alene i min lille kommune i mitt fag har en støtte i fra et annet hold, det har jo vært ganske tunge brukere. Den støtten føler jeg at er veldig positiv. Det gjør at ikke bare pasienten blir sett, men at jeg også, som fagperson, blir sett og hørt og kan ytre mine meninger litt sterkere overfor spesialisthelsetjenesten for eksempel. (FG kommune)*

Derved bekreftes det at TVT bidrar til koordinering og tidlig igangsetting av tiltak (FG kommune, personintervju). Intervjuene og fokusgruppene viser også at TVT bidrar til samhandling, kompetanseoverføring og bevisstgjøring om rehabilitering.

### ***Grenseoppgang mellom TVT og andre aktører***

Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert tildeling av tjenester for rehabilitering. Noen kommuner har hatt et tildelingskontor som har fordelt tjenester til pasientene, andre har hatt tjenestekoordinatorer, mens i noen tilfeller har det vært fagpersonene som har koordinert tjenestene. Fra sykehusets- og innbyggernes perspektiv vil TVT kunne bidra til en lik(ere) organisering på tvers av kommunene med tanke rutiner og vurdering av behov og tilbud.

Det kan synes som om tildelingsfunksjonen i noen tilfeller kunne ønske tettere dialog og mer tilbakemelding fra TVT, og gjerne i elektronisk form, kanskje helst via journal (FG kommune, FG TVT).

Dersom man skal ta på alvor at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess og at TVT i samarbeid med personen skal finne gode løsninger, bør dette påvirke tildelingsfunksjonens rolle (FG forankring). Det blir vesentlig for kontinuitet i tilbudet at aktørene som har myndighet til å tildele tjenester følger TVTs anbefalinger. Samtidig vil det kunne være begrensede ressurser. Det blir derfor viktig å arbeide videre med hvordan grenseoppgangen mellom TVT og inntaksfunksjonen i kommunene bør være. Hvordan dette konkret skal løses må aktørene samarbeide om.

Det har vært et kritikkpunkt generelt at rehabiliteringstjenestetilbudet ikke er sammenhengende. I modellen som er skissert for TVT skal tilbudet være kortvarig med en revurdering av tjenester etter en viss tid (Dehli et al s. 64). Det skisseres også at det konkrete vurderingsteamet for den enkelte person skal settes sammen basert på personens rehabiliteringsutfordringer, og at det skal være funksjonsnivå og bedring i funksjonsnivå som skal være bestemmende for videre rehabiliteringsaktiviteter. I et informasjonsskriv om henvisning av personer til TVT (Arbeidsgruppen TVT, 2017a) understrekes det at det bør være en lav terskel for henvisning, og at henvisningsårsak ikke trenger å være knyttet til en bestemt diagnose. Dette har nok bidratt til at TVT har fått et bredt tilfang av problemstillinger med ulik kompleksitet. I fokusgruppen med TVT ble det diskutert at det for en del av de henviste personene ikke har vært klare eller typiske rehabiliteringsproblemstillinger, men snarere et behov for en generell vurdering. Det ble argumentert med at det finnes mange slike saker som ingen tar tak i og at TVT også kan ha en funksjon i slike tilfeller. På den andre siden blir det viktig framover å vurdere avgrensning og hvordan det er mest hensiktsmessig at TVT prioriterer og bruker sine ressurser (FG TVT).

I følge arbeidsgruppen for tverrfaglig vurderings team (Arbeidsgruppen TVT, 2017b) skal fagpersonene i kommunene utføre hverdagsrehabilitering og legge til rette for hverdagsmestring. Det legges vekt på at samhandling mellom TVT og hverdagsrehabiliteringen i kommunene skal sikre gode overganger og utnyttelse av de lokale ressursene i personens nærmiljø. Fagpersoner i kommunene tenker at TVT kan ta seg av de personene med mest komplekse eller krevende utfordringer. Fordi antall personer og behov stadig fluktuerer, tenker man også at TVT kan være en avlastning i perioder hvor det på grunn av bølgetopper ikke er nok ressurser til hverdagsrehabilitering i kommunen. Det synes å være litt uklarhet i om TVT hovedsakelig skal være et tilbud til personer som overføres til kommunene fra sykehus eller kommunal institusjon, eller om det også kan være for personer som ikke har vært på institusjon (FG kommune).

Også her kan det være viktig å se på grenseopp ganger mellom TVT og kommunens tjenester, ettersom det det kan se ut som om fagpersoner i kommunene har noe ulik forståelse av TVT's rolle.

## *Teknologi for samhandling*

Rehabiliteringsprosjektet utførte i 2016 en kartlegging som viste at kommunene har forskjellige systemer og relativt lite samarbeid rundt teknologiske løsninger som kan understøtte rehabiliteringsprosessen (Arbeidsgruppen TVT, 2017b).

TVT har prøvd ut videomøter i ulike settinger og har fått flere gode tilbakemeldinger på dette. Det har bidratt til at personen selv og fagpersoner har kunnet delta i tverrfaglige og tverrsektorielle møter. Det har for eksempel vært gjennomført møte med person og spesialister mens personen var på institusjon. På den måten fikk man overført informasjon tverrfaglig til TVT og de slapp å reise helt til institusjonen, samtidig som personen ble litt kjent med TVT. I et annet tilfelle førte bruk av videokonferanse til at man fikk i stand et møte med spesialisthelsetjenesten for en person som i utgangspunktet hadde fått avslag:

*Det var veldig greit å få innspill fra folk som jobber med aktiv rehabilitering hver eneste dag. For det gjør ikke vi i vår lille kommune. Det er greit å få innspill, det er greit å slippe å reise ned dit selv, og det er fint at man kan samle folk på kort tid. (FG kommune)*

Man har blitt mer klar over flere muligheter, f.eks. at det finnes videoutstyr på NAV-kontorene i alle kommunene. Dette kan også gjøre det mulig å gjennomføre møter uten lang reise. I et tilfelle, hvor man skulle ha møte med et sykehjem ble det gjennomført som videomøte ved hjelp av et NAV-kontor som var i nærheten av sykehjemmet. Det er også gjennomført et tverrfaglig vurderingsbesøk hjemme hos en person der fagpersonene i TVT hadde hjemmekontor. Personen og TVT var kjente fra før og videomøtet fungerte bra. (FG teknologi).

Det jobbes med å inkludere TVT via video i møter som uansett holdes i institusjon, f.eks. før utskrivning fra sykehus. På den måten brukes ikke mer av spesialistenes tid, TVT unngår å måtte bruke mye tid på å innhente informasjon i etterkant og man får gevinsten ved gjensidig og tverrfaglig informasjonsutveksling og samhandling. Det pekes på at man ved bruk av videomøter lettere kan bidra til å oppfylle den gjensidige veiledningsplikten. Det kan være viktig for spesialistene å få tilbakemelding på hvordan det går med pasienten etter utskrivning (FG teknologi).

Den digitale arbeidsflyten for TVT har ikke vært helt sømløs. I tillegg til å skrive journalnotater i Geric, har de benyttet Imatis nettbrettløsning med verktøykasse som ble utviklet for småskalatesten i 2016. I denne løsningen kan resultater fra bruk av måleverktøy registreres samt personens overordnede mål. Løsningen har vært benyttet i tverrfaglige møter ved å vise informasjonen på stor skjerm. I disse møtene, såkalte tavlemøter, går man gjennom alle personene, tildeler kontaktperson for nye, og diskuterer aktuelle problemstillinger. Videre har individuelle rehabiliteringsplaner i separate Word dokumenter, og man har benyttet E-link og PLO meldinger, fax og telefon for å kommunisere med spesialisthelsetjenesten og kommuner. Det er dermed mange systemer å holde styr på. Det fører til behov for noe dobbeltføring og kopiering av informasjon, noe som lett kan føre til inkonsistens.

TVT hadde relativt gode erfaringer med å benytte Imatis-løsningen ute hos personer i småskatesten i 2016. Da kunne de ha med seg nettbrettet og registrere testresultater direkte. Dette har ikke fungert så godt i piloten i 2017, blant annet fordi nettbrettene som har vært benyttet har hatt dårlig touch-funksjonalitet. Teamet har skrevet resultatene på papir og ført det inn Imatis når det har kommet tilbake på kontoret. Det er også behov for bedre tilpassing av skjermbilder i løsningen, blant annet for å få bedre oversikt i tavlemøtene. Dette ventes å bli enklere å løse etter at Imatis-løsningen blir oppgradert og det kommer ny versjon. Fordelen med Imatis er at man kan få presentert testresultatene for flere personer på en gang på en oversiktlig og visuell måte med fargekoder og symboler, og dette gir god oversikt (FG teknologi).

Prosjektet har skissert at interaktiv målplan og individuell plan er viktig for samhandlingen med og rundt personen. Foreløpig skrives individuell rehabiliteringsplan (IRP) i et eget dokument, og man tar med seg en papirkopi hver gang man besøker personen. Det kan være ønskelig at fagpersoner i kommunene er mer delaktige i utarbeidelsen av den (FG kommune). Se også avsnitt om «Individuell rehabiliteringsplan (IRP)» på side 27 om antall som har fått utarbeidet IRP. I de tilfeller hvor IRP ikke er utarbeidet skyldes det hovedsakelig at det ikke dreier seg om rehabilitering. Det diskuteres at personen allikevel har behov for mål og at det bør nedfelles i individuell plan.

Digital samhandling på tvers av kommunegrenser er en utfordring. Her er det juridiske og organisatoriske barrierer som har gjort at TVT ikke har hatt tilgang til å lese og skrive i journalen til de personene de har fulgt opp (FG kommune). Fagpersonene og saksbehandlerne i kommunene mente det ville lette samhandlingen dersom TVT kunne oppdatere personens journal direkte. Dette kan muligens bli lettere etter kommunesammenslåingen, særlig dersom man harmonerer IT-løsningene. Foreløpig løsning er at TVT skanner sin rapport, sender den via E-link og at fagperson i kommunen laster dette inn i journal. I tilfeller der E-link ikke har fungert, har det vært benyttet fax. En god praksis har vært å gi tilbakemelding på at dokumentet er mottatt, slik at man vet at faxen ikke kommer på avveie (FG kommune).

### *Teknologi for øvelser og trening*

TVT har hatt en offensiv holdning til bruk av teknologi, og har ikke vært redde for å prøve. De får skryt for å være raske til å implementere teknologi (FG TVT). TVT har vurdert om bruk av ulike former for teknologi kan være aktuelt for de henviste personene. Spill og virtuell treningsteknologi (VT) har vært brukt for varierte tilstander. Bruk av teknologi er ikke først og fremst avhengig av diagnose. Det viktige er at treningen som tilbys via teknologien passer til det aktuelle funksjonstapet. Se også avsnitt «Bruk av teknologi» på side 28 for antall forløp som har benyttet denne typen teknologi.

For de som har takket nei til tilbudet om å bruke teknologi, er inntrykket at det er på grunn av teknologiskepsis, eller at de f.eks. ikke har eller har erfaring med bruk smarttelefon eller PC (FG TVT). Det nevnes at det har vært noe motstand mot teknologi blant eldre, at noen synes det er for teknisk eller vanskelig (FG kommune). TVT mener at bruk av spillteknologi har fungert veldig bra, og særlig for de som liker dataspill fra før. De har også erfart at enkelte av de eldste personene har vært blant

de mest entusiastiske brukerne av spillteknologi for trening. På den andre siden kan det kanskje også være slik at personer som er ensomme, kan være redde for at bruk av teknologi kan føre til mindre menneskelig kontakt. Sosiale treff med bruk av teknologi, f.eks. en «spill deg bedre» dag, kan derfor passe bedre for noen grupper (FG TVT og kommune).

Flere positive erfaringer med bruk av spillteknologi og VT blir trukket fram. Man har positive erfaringer med å bruk nettsiden spilldegbedre.no hvor man få tips til hvilke typer spill som kan passe for ulike typer trening. (FG teknologi og FG kommune).

Ved bruk av virtuell trening (VT) er det enkelt og fleksibelt for fagpersoner å lage treningsprogram. Øvelser kan hentes fra en digital treningsbank i tillegg til at man kan spille inn øvelser selv. Det er også lett for fagperson å endre programmet ved behov. Personen som skal trene aktiverer programmet på sin smarttelefon/PC og får vist dagens øvelser. De får feedback fra programmet på om de utfører øvelsene riktig. Når de er ferdige med å trene kan de score sin egen innsats. Dersom personen samtykker til det, kan TVT ved hjelp av en avstandsoppfølgingsfunksjon følge med på om treningen er gjennomført. TVT mener de ser en tendens til at teknologien er med på å sikre intensitet i rehabiliteringen. Erfaringen er at det virker motiverende for personen.:

*Noe av erfaringen er at denne feedbacken er positiv, og at systemet motiverer til trening. De blir veldig motivert og i et tilfelle hadde til og med kona begynt å trene. Som fagperson vet vi at feedback har mye å si for trening. (FG teknologi)*

Prosjektet er klare på at teknologien ikke kan erstatte hjemmebesøk, men at antall hjemmebesøk kan reduseres, f.eks. fra to til en gang i uken. Teknologien kan bidra til at man kan trene godt på egenhånd, og fagpersonen kan følge med på at det blir gjort. Det virker ikke som at avstandsoppfølgingen oppleves som overvåking, men snarere som en trygghet, og at personene føler at det blir sett og fulgt opp. Dersom man kan få personene til å gjøre treningen tre ganger i uken eller mer, er sjansen større for at det blir en varig endring og at man fortsette treningen etter endt rehabilitering. (FG teknologi). Det oppleves også som positivt å bruke teknologi ved hjemmebesøk for personer som kanskje ikke klarer å bruke teknologien på egenhånd:

*Det er inspirerende som terapeut å kunne bruke spill også ved hjemmebesøk. Man får den fine tilbakemeldingen fra spillet og det gir ofte en god tone mellom terapeut og person. Det blir et positivt møte og også morsomt. Man skal ikke kimse av det som oppstår med litt lett konkurranse. Man gjør mange repetisjoner uten at man tenker over det. (FG teknologi)*

Samtidig som TVT har mange positive erfaringer med bruk av teknologi, viser erfaringene også at det er rom for forbedring på mange områder. Teknologien har ofte forbedringspotensiale når det gjelder tilgjengelighet, personalisering og tilpassing til en rehabiliteringssetting. F.eks. er dialog og tilbakemeldinger ofte på engelsk og tilpasset funksjonsfriske personer. Rehabiliteringsteknologi bør kunne tilpasses personens utgangspunkt, ellers kan det være vanskelig å oppnå gode tilbakemeldinger på tross av at man trener bra. Man kan f.eks. få tilbakemelding om at man er en «couch potato» eller «amatør».



Det har også vært noen tekniske utfordringer med å få teknologien til å virke som forutsatt. Det har blir litt prøving og feiling. F.eks. har det vært utfordringer med oppsett, å koble seg til nett, å få statistikk og tilbakemeldingsfunksjonen til å virke ordentlig osv. For VT har det vært en utfordring at i små omgivelser, eller i omgivelser med møbler kan det være vanskelig for kameraet å finne og fange opp bevegelsene til personen. I slike tilfeller kan teknologien benyttes uten kamera. Man får vist øvelsene, men får ikke tilbakemelding på hvordan de utføres. Det understrekes allikevel at det er bryet verdt å installere teknologien (FG teknologi).

Det understrekes at det er veldig viktig med teknologi som fungerer. I IRIØ prosjektet har man prioritert å ansette en teknologiresurs, men det er en grunnleggende bekymring at man har for lite teknologiresurser i den kommunale hverdagen:

*Å ha teknologi som fungerer er bare kjempeviktig. Det å unngå etterarbeid er kjempeviktig. Men en grunnleggende bekymring er om man har nok IKT- støtte. Når det plutselig er noe som ikke fungerer. Ofte er det sånne småting. Det mangler et mellomledd i teknologistøtte mellom de store selskapene og personstøtte. (FG teknologi)*

Det er med andre ord behov for personer som kan være med å løse tekniske utfordringer i hverdagen, slik at ikke de helsefaglige ressursene bruker tid på dette. Ofte er sakene for små til å ta opp med leverandør, men for store til at den enkelte takler problemene selv. Dessuten tar det ofte altfor lang tid å få løst problemer via leverandør, f.eks. dersom man må sende inn utstyr og vente på at det blir sjekket og reparert. Det er behov for en egen rolle, som av og til omtales som en teknologimegler eller «teknologibroker». (FG teknologi)

Det understrekes også at det er viktig å prøve ut teknologien på forhånd og å øve seg på nye brukssituasjoner og arbeidsformer. TVT har f.eks. benyttet rollespill for å finne en god form på videokonferansemøter med spesialisthelsetjenesten (FG teknologi).

## Prosjektets verdiskaping – etablering av måleparametre

### *Kvalitative og kvantitative måleparametre*

Det er gjennom samarbeid med prosjektgruppen etablert en rekke kvalitative og kvantitative måleparametre for arbeidet Tverrfaglig rehabiliteringsteam (TVT) utfører. Disse måleparameterne er samlet i en analyse og foreløpige funn presenteres under. Denne rapporten viser kun resultater fra arbeidet, og er foreløpig ikke målt opp mot tilsvarende statistikk for en kontrollgruppe eller generelle nasjonale måltall, og det er derfor i den følgende rapporten ikke trukket konklusjoner på grunnlag av tallene – kun vist frem faktiske resultater.

Grunnlaget for denne analysen er basert på personer inkludert i perioden september 2017 til mars 2018 og utgjør totalt 56 påbegynte forløp. 37 av forløpene er avsluttet. Det er inkludert personer fra alle kommunene i nedslagsfeltet for Helsehuset.

## Aldersfordeling

I studien har det vært 26 kvinner og 30 menn fordelt på

6 personer under 40 år,

13 personer i alderen mellom 40 år og 59 år,

14 personer mellom 60 år og 69 år,

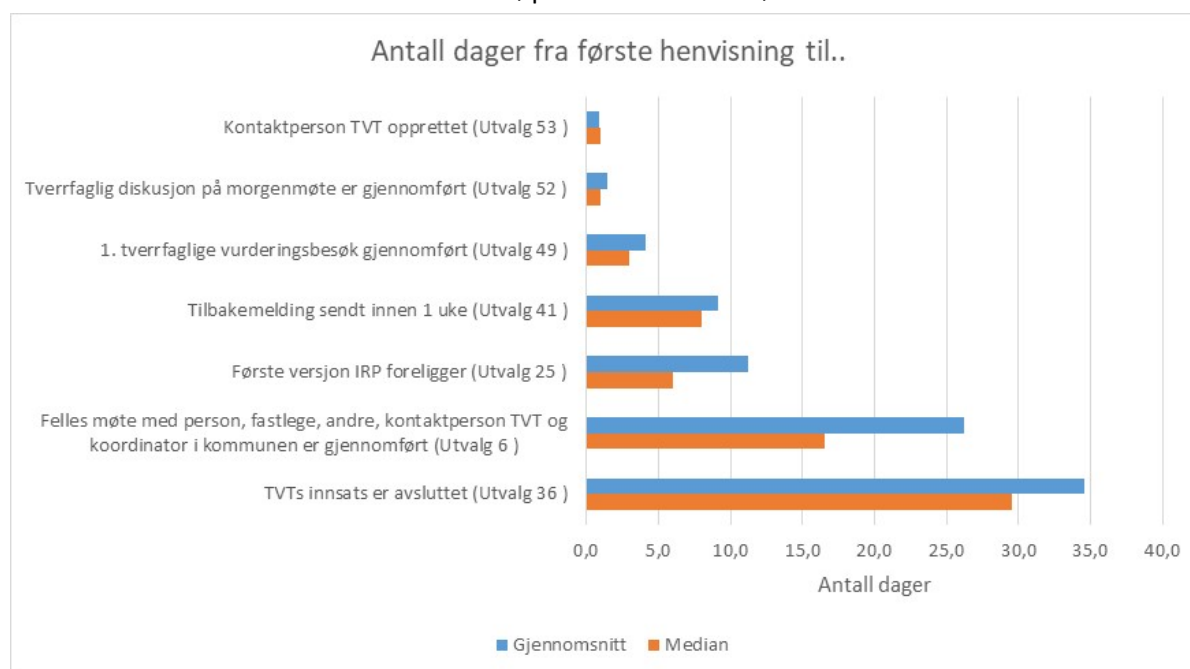
10 personer mellom 70 år og 79 år og

11 personer mellom 80 år og 89 år.

1 person er over 90 år.

## Tidsforløp

Tabellen under viser noen sentrale tidsforløp i arbeidet TVT utfører



**Figur 2: Sentrale tidsforløp for arbeidet til TVT**

Alle forløp er målt i antall arbeidsdager (mandag-fredag) regnet fra dato henvisningen er mottatt fra tildelingskontor / henvisningskontor i de syv kommunene teamet har jobbet i. Tallene er beregnet både som gjennomsnitt og som median for utvalget. Datautvalget vises i parentes.

Tallene viser at både for opprettelse av kontaktperson i TVT-teamet og for første interne diskusjon på morgenmøte i TVT teamet er responstiden på ca en arbeidsdag etter mottatt henvisning.

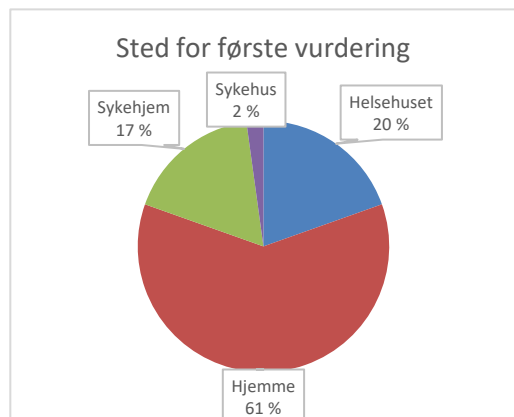
Når det gjelder det første tverrfaglige vurderingsbesøk er dette i snitt gjennomført etter 4,1 arbeidsdager. Besøket utføres av en ergoterapeut/fysioterapeut og en sykepleier; noen ganger er lege med. Median viser første besøk på 3,0 arbeidsdager.

Etter gjennomført første besøk er tilbakemelding oversendt til tildelingskontor/vedtakskontor, personens fastlege og personen selv, der videre anbefaling skisseres innen 5,1 arbeidsdager og første

versjon av individuell rehabiliteringsplan foreligger (utvalg=25) innen 7,1 dager. Etter første tverrfaglig vurdering settes det umiddelbart i gang relevante tiltak og IRP påbegynnes. Rehabiliteringsforløp med TVT-teamet er gjennomsnittlig avsluttet i løpet av 34 dager etter mottatt henvisning fra tiltakskontoret.

### *Sted for første vurdering*

Under vises lokalisering av første vurderingsbesøk:

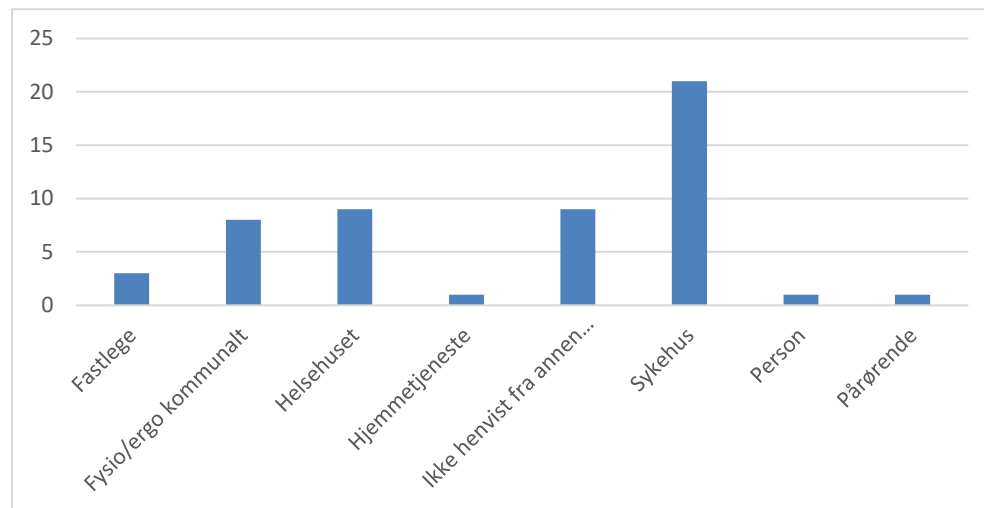


61% av pasientene er vurdert i eget hjem, 20% på helsehuset i Askim og 17% på sykehjem. Kun 2% er foreløpig vurdert av TVT teamet på sykehus.

Figur 3: Sted for første tverrfaglige vurdering

### *Henvisning og diagnose*

Under vises oversikt over hvem som har henvist personene til tildelingskontorene i Kommunene. Oversikten viser at totalt 21 personer har blitt henvist fra sykehus.



Figur 4: Hvem har henvist personer til TVT

TVT teamet har i perioden mottatt totalt 56 henvendelser. Av disse har totalt 53 personer fått registret diagnose ved påbegynt behandling. Tabellen under viser fordeling basert på diagnosekoder:

Organsystem	Kategorier	Antall
Hjerte / kar	K77, K83, K90 (fleest), K92, K94, K99	27
Nervesystem	N76, N86, N87, N94, N99	9
Muskel / skjelett	L02, L75, L76, L84; L89, L90	8
Endokrine organer	D76, D97	2
Andre grupper	R96, P85; U75; A88, A90, X76, F83	7
<b>Sum antall personer</b>		<b>53</b>

### *Bruk av måleverktøy*

Følgende måleverktøy er benyttet i kartlegging og oppfølging av personene:

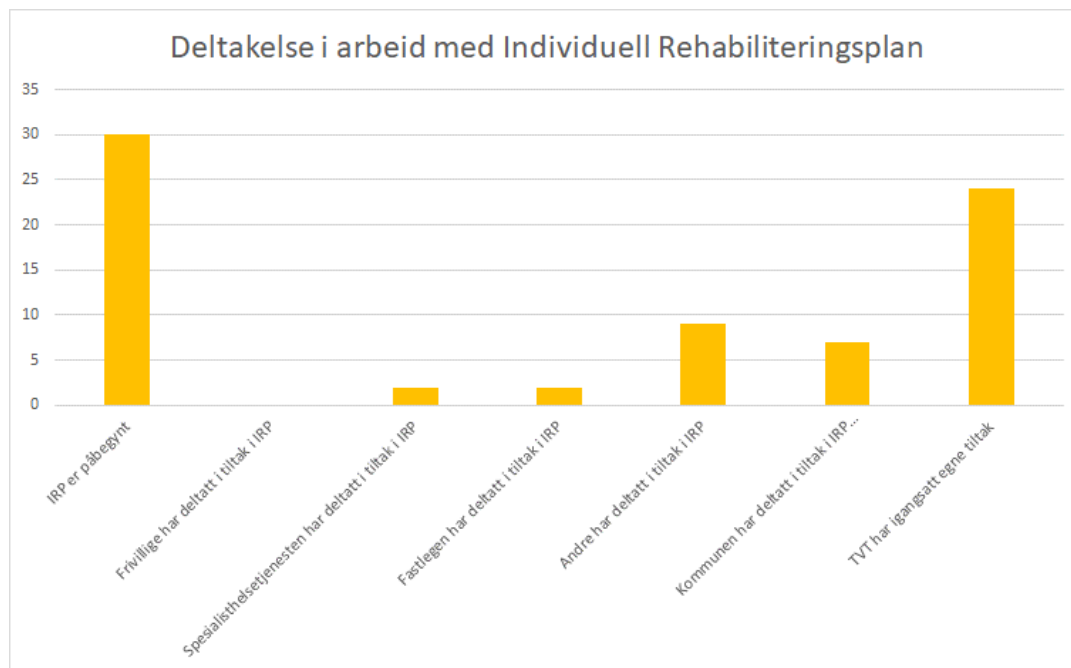
Verktøy	Ja	Nei	Ikke aktuelt
SPPB benyttet	35	9	6
Barthel ADL Index benyttet	42	3	4
Samvalgshjul benyttet	34	10	5
Grepstyrke testet	34	12	4
COPM benyttet	7	35	7
Andre måleverktøy er brukt	5	38	5

### *Individuell rehabiliteringsplan (IRP)*

Av de 54 påbegynte forløpene har 48 personer blitt kartlagt ifht individuell rehabiliteringsplan. Av disse har:

- 30 personer (63%) utarbeidet individuell rehabiliteringsplan
- 18 personer blitt vurdert som ikke aktuelle eller arbeidet er ikke påbegynt

Under vises oversikt over hvem som har bidratt i arbeidet med den individuelle rehabiliteringsplanen.



**Figur 5: Deltakelse i arbeid med individuell rehabiliteringsplan (IRP)**

Under søylen «Andre har deltatt i tiltak i IRP» er det opplyst involvering av privat fysioterapeut, kursted, ektefelle, privat treningsstret, NAV, og ernæringsfysiolog fra Helsehuset.

### *Bruk av teknologi*

I tillegg til bruk av Imatis løsning og eksisterende teknologier, (se avsnitt Teknologi for samhandling på side 21), har det tverrfaglige teamet har jobbet for å inkludere ny teknologi. Av teknologier som er benyttet har:

- Videomøte blitt benyttet i 5 forløp
- Wii – spillteknologi benyttet i 4 forløp
- VT (Virtuell treningsteknologi) benyttet i 11 forløp

## Konklusjon og anbefalinger

Rehabiliteringsprosjektet i denne perioden har hatt særlig fokus på følgende hovedtemaer:

- Videreutvikling av modell for samfunnsbasert rehabilitering
- Etablere en profesjonell interkommunal rehabiliteringsenhet for å sikre intensiv rehabilitering med høy kvalitet.
- Forankring av modellen blant ulike interessenter
- Samhandling mellom aktører i rehabiliteringsforløp (sykehus, fastlege, kommuner, etc.)
- Pilotering av tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
- Legge frem hørings sak for etablering av sengeenhet for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold, som erstatter senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.
- Utarbeide prinsipper for hvordan bidra til at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess (myndiggjøring av person)

- Informasjons- og kompetansespredning gjennom deltakelse på nasjonale konferanser og møteplasser.
- Etablering av måleparametere for å sikre effektiv gevinstrealisering av planlagte tiltak.
- Videre planer for innovasjonsarbeid

#### ***Følgforskernes hovedinntrykk***

- Prosjektet er godt organisert, strukturert og ledet.
- Fokusgrupper og intervjuer bekrefter inntrykket av at det er jobbet godt med å involvere ulike aktører og å forankre prosjektet i den komplekse og utfordrende kommunestrukturen, med IKS og planlagte kommunesammenslåinger.
- Det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer.
- Prosjektet har god oversikt over nåsituasjonen i Indre Østfold og har jobbet med å skaffe kunnskap om ulike nasjonale modeller og løsninger, inkludert teknologiske løsninger.
- Pilotering av TVT har så langt vært vellykket og har gitt verdifulle erfaringer og et godt utgangspunkt for videre arbeid med å forfine og oppdatere modellen for samfunnsbasert rehabilitering.
- TVT bidrar til koordinering, samhandling og tidlig igangsetting av tiltak.
- Erfaringene med bruk av teknologi viser at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling. Erfaringene fra bruk av spill og virtuell trening tyder på at det er motiverende og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

#### ***Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet***

- Det bør legges vekt på å videreutvikle og implementere samfunnsperspektivet i modellen for samfunnsbasert rehabilitering.
- Man bør fortsette det gode forankrings og informasjonsarbeidet, og legge vekt på fysiske møter med fagpersoner i kommunene.
- Det bør jobbes videre med å klargjøre grenseoppganger mot rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inkludert private aktører, institusjonell rehabilitering i kommunene mot hverdagsrehabilitering og aktører i kommunene.
- Rutiner og prosess for henvisning til TVT og samhandling med tildelingsfunksjonen bør optimaliseres.
- Se på betydning av alder og arbeid for de ulike rehabiliteringstjenestene og se på vurdering av rehabiliteringspotensialet vs. vedlikehold av funksjon.
- Man bør arbeide videre med samhandling rundt den individuelle rehabiliteringsplanen og se på muligheter for digitale løsninger som gjør at personen har tilgang. Videre bør man se på forholdet mellom individuell plan og individuell rehabiliteringsplan.
- Arbeide videre med å motivere til øket bruk av rehabiliteringsteknologi. Formidle erfaringer med og ønsker for teknologi til leverandører og andre slik at løsningene forbedres.
- Vurdere hva som vil være et bærekraftig tjenestenivå, hva er personeffekter versus økonomiske effekter. Vurdere behov for skalering slik det tverrfaglige rehabiliteringsteamet dekker behovet for alle kommunene.

## Referanser

- Arbeidsgruppen TVT (2017a). *Henvisning av personer til Tverrfaglig Vurderingsteam (TVT)*. Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.
- Arbeidsgruppen TVT (2017b). *Tverrfaglig vurderingsteam. Arbeidsgruppens levering*. Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold.
- Dehli, K. A., Devold, K., Kobbevik, Å., Paulsen, I. T. & Johansen (2017, 18. januar). *Prosjektrapport. Forslag til Handlingsplan 2017-2020* (Helsehuset IRIØ IKS). Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.
- Delhi, K. A. (2018). *Utviklings/implementeringsmodell*. Personlig kommunikasjon, e-post 31. mars 2018.
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). *Implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester* (Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr. 13/2015).
- Eide, H., Fuglerud, K. S. & Lauritzen, B. H. (2017, 29. mars). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, Følgeevaluering delrapport 1*. Høgskolen i Sørøst-Norge & Oslo MedTech.
- Hagenutvalget (2011). *Innovasjon i omsorg*. (Helse- og omsorgsdepartementet, Red.). Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- Lein, A. mfl. (2018, 22. januar). *Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess. Levering fra arbeidsgruppen «Myndiggjøring av person»*. Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 16 (1), s. 657. doi:10.1186/s12913-016-1913-5
- Selvhjelp Norge (2016). *Egenkraftmobilisering – empowerment. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp*. Tilgjengelig fra [http://www.selvhjelp.no/no/Selvhjelpsgrupper/Om\\_selvhjelp/Egenkraftmobilisering+-+empowerment.b7C\\_wtb18.ips](http://www.selvhjelp.no/no/Selvhjelpsgrupper/Om_selvhjelp/Egenkraftmobilisering+-+empowerment.b7C_wtb18.ips)
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering: tilnærminger, modeller og eksempler*. Tilgjengelig fra <https://ibok.no/bok/9788205468009>

--

### Endnote:

- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205-215.
- Brembo, E. A., Kapstad, H., Eide, T., Månsson, L., Van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Patient information and emotional needs across the hip osteoarthritis continuum: a qualitative study. *BMC health services research*, 16(1), 88.
- Collinge, W., Yarnold, P., & Soltysik, R. (2013). Fibromyalgia symptom reduction by online behavioral self-monitoring, longitudinal single subject analysis and automated delivery of individualized guidance. *North American journal of medical sciences*, 5(9), 546.
- Forskrift, o. h. o. r. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. *Fastsatt ved kgl. res(1256)*.
- Gammon, D., Strand, M., & Eng, L. S. (2014). Service users' perspectives in the design of an online tool for assisted self-help in mental health: a case study of implications. *International journal of mental health systems*, 8(1), 2.
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og Koordinator. (2017).
- HOD. (2014 - 2015). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo.
- Kienlin, S., Kristiansen, M., Ofstad, E., Liethmann, K., Geiger, F., Joranger, P., . . . Kasper, J. (2016). Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*.
- Martens, P. J. (2006). *Using the repository housed at the Manitoba centre for health policy: learning from the past, planning for the future*. Paper presented at the Conférence sur les enquêtes longitudinales sociales et de santé dans une perspective internationale, Statistique Canada, Montréal.
- NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle*.

## Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk

- Schulz, T., & Fuglerud, K. S. (2012). Creating Personas with Disabilities. In K. Miesenberger, A. Karshmer, P. Penaz, & W. Zagler (Eds.), *Computers Helping People with Special Needs, Lecture Notes in Computer Science* (pp. 145-152). Berlin: Springer.
- Stålbrøst, A. (2008). *Forming Future with IT: The Living Lab Way of User Involvement*. (PhD), Luleå, Luleå.
- Standard, N. (2013). NS 11040 Universell utforming – Brukermedvirkning og IKT'.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). Empowerment» og pasientstyrking–et undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(13), 1624-1628.



## Vedlegg 1: Rehabiliteringsprosjektets formål og overordnede mål

Målet med rehabiliteringsprosjektet er å utvikle innovative løsninger for en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold med et sterkt interkommunalt fokus for å utvikle og styrke tjenester på tvers av kommunegrensene. Det skal legges vekt på nye løsninger både for organisering av tjenesten og bruk av teknologi der teknologien skal understøtte både pasientbehandling og arbeidsprosesser. Prosjektet skal utvikle løsninger for et rehabiliteringsforløp hvor brukeren står i sentrum, og hvor forventede resultater av anbefalingene er effektivisering i drift, god ressursutnyttelse og økonomiske insentiver for kommunene.

Helsedirektoratet har lagt følgende føringer for arbeidet:

- Krav og anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn for utviklingsarbeidet
- Innhente relevant informasjon og erfaringer fra eventuelle andre tilsvarende prosjekter
- Prosjektet skal styrke kommunal rehabilitering i samsvar med krav i lov og forskrift og nasjonale føringer gitt i Fremtidens primærhelsetjeneste kap. 21, (HOD, 2014 - 2015).

I prosjektbeskrivelsen fra Helsehuset IKS ble det framhevet at det var ønskelig med finansiering også for år 2017 for å teste ut modellen i et helhetlig design. I statsbudsjettet for 2016 ble prosjektet tilgodesett med ytterligere 5 millioner kroner for å videreføre arbeidet i 2017, sitat:

*«Regjeringen foreslår 5 millioner kroner til Askim prosjektet. Prosjektet skal utvikle helhetlige pasientforløp og styrke samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Et viktig mål er å effektivisere arbeidet med rehabilitering».*

Prosjektets målgruppe er pasienter og brukere med nedsatt funksjons- og mestringsevne som kan ha effekt av rehabilitering. Tilbudet skal dekke bredden i behovet hos kommunenes brukere, i Helsehuset IKS sitt nedslagsfelt, med behov for sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering.

Hovedmål for rehabiliteringsprosjektet er konkret å

1. Utarbeide en plan (2017-2020) for interkommunal rehabilitering i Indre Østfold basert på innovative løsninger og kunnskapsbasert praksis for å styrke rehabiliteringstilbudet og redusere bruk av kompenserende tjenester.
2. I planen (2017-2020) beskrives et helhetlig pasientforløp som inkluderer forslag til en interkommunal tverrfaglig rehabiliteringsenhet med ambulant team, hvor pasientens rehabiliteringsbehov står i sentrum og hvor arbeidsprosesser og pasientbehandling understøttes av relevant teknologi.
3. Ha nasjonal overføringsverdi.

Det overordnede mål på tjenestenivå for rehabiliteringsprosjektet er å

- utvikle og prøve ut en løsning for kommunalt/interkommunalt samarbeid om disse tjenestene; hhv enhet for sentral rehabilitering og et ambulant team
- utvikle kunnskap som har overføringsverdi til andre.

Det overordnede mål på brukernivå er å:

- Styrke pasienters og brukeres muligheter for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne
- Forebygge og utsette behov for kompensierende tjenester

Rehabiliteringsprosjektet benytter definisjonen for rehabilitering beskrevet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 2 § 3 (Forskrift, 2011).

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

## Vedlegg 2: Intervjuguide / spørreskjema person med personenes svar

### Intervjuguide / spørreskjema høst/vinter 2017

Skala på spørreskjema: 1= i Liten grad – 5= I stor grad

Spørsmål 3=1lite tilfredsstillende – 5 = meget tilfredsstillende

	Spørsmål					
1	Hvordan kom du i kontakt med rehabiliteringsteamet? (hensikten med dette spørsmålet er å finne ut i hvilken grad pasienten forholder seg til ulike deler av helsevesenet) (sett kryss)  a) Sykehuset henviste meg_7__ b) Fastlegen __1__ c) Kommunen via?? 4; datter, fyster, hjemmespl, en person nevnt ved navn d) Vet ikke: 1					
2	Har du en fast kontaktperson/koordinator (sett kryss)  Ja __9_  Nei _2__  Vet ikke __1_					
		1	2	3	4	5
3	Hvordan opplevde du første møte med rehabiliteringsteamet?			1	6	6
4	Opplever du at behandlerne samarbeider godt om vurdering av ditt rehabiliteringsbehov?			1	4	8
5	I hvor stor grad føler du at du får den hjelpen du trenger?			1	5	7
6	I hvilken grad opplever du at rehabiliteringsteamet tar hensyn til det som er viktig for deg?				7	6
7	I hvilken grad føler du at du er med på å bestemme den hjelpen du får				6	7
8	I hvor stor grad føler du at du får hjelp med det som er viktigst for deg?				6	7
9	Samarbeider rehabiliteringsteamet godt med det lokale tjenesteapparatet etter det du selv kan bedømme?			1	5	7
10	I hvor stor grad føler du at du selv er med å bestemme over hjelpen du får?			2	8	3
11	I hvor stor grad opplever du at dine ønsker og mål blir ivaretatt når det besluttes hvilke tjenester du skal ha.			1	6	6
12	I hvilken grad har du nådd målene du satte deg da rehabiliteringen startet?	1		4	6	2

Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk

13	Opplever du at kontaktpersonen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?			1	3	9
14	Opplever du at alle deltagerne i teamet kjenner til ditt behov?			2	5	6
15	Opplever du at ansvar og oppfølging er klart fordelt mellom teamets deltagere?			2	7	4
16	Har du hatt en individuell plan?	5		1	1	6
17	Opplever du at din individuelle plan bidrar til et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene du har behov for?	2		1	5	4
18	Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med rehabiliteringsforløpet ditt så langt?			1	5	7

## Vedlegg 3: Temaguide fokusgruppe om forankring



### **Tema/intervjuguide for fokusgruppeintervju med ulike aktører i omgivelsene; politikere, brukerorganisasjoner, samarbeidende tjenester**

#### **Uformell innledning**

- Ønske velkommen, finne kaffe/te, småprat, praktisk informasjon, toaletter etc.

#### **Presentasjonsrunde**

- Deltakerne presenterer seg selv og lager evt. navnekort.

#### **Formell innledning**

- Forklare temaet for denne fokusgruppen: Hvordan andre sentrale personer i de samarbeidene kommuner som har deltatt eller blir berørt av prosjektet opplever og vurderer a) tjenesten og b) rehabiliterings-modellen.
- Informere om at samtalen blir tatt opp på lyd som blir brukt ved utarbeidelse av referat
- Lydopptak lagres sikkert og blir slettet senest 1 år etter prosjektslutt

#### **Overordnet**

#### **Hva tenker dere om rehabiliteringsmodellen?**

**Hva tenker dere om implikasjoner for ledelse og de andre samarbeidene parter hvis ideen om "personen eier sin egen rehabiliteringsprosess" og "hva er viktig for deg?" skal realiseres fullt ut.**

#### **Hvordan har kommunesammenslåing påvirket felles innovativ rehabiliteringstjeneste?**

- Driver det innovasjonen eller bremses den opp?
- Hvis det siste – hvilke grep kan/bør man ta for å øke tempo?

#### **Hvilke type informasjon har dere fått om prosjektet?**

- Opplever dere å ha fått tilstrekkelig informasjon?
- Hvilken informasjon savnes?

**Hvordan har deres mulighet til å påvirke prosjektet vært; og hvordan har du/ din organisasjon brukt denne muligheten?**

Mer detaljert om deler av prosjektet

**Hvordan vurderer dere nytten av Tverrfaglig Vurderings Team - TVT**

- Hvordan har samarbeidet vært for sykehuset
- Samarbeidet med fastlegen
- Samarbeid med andre instanser i kommunen, tildelingskontor, hjemmetjeneste, kommunale helse og omsorgstjenester, andre?

**Noen vil trenge mer intensiv rehabilitering på institusjon, og her viser forskning at dette bør være på spesialiserte avdelinger. Hvordan kan dette ivaretas fremover?**

- Hvilke utfordringer ser du for dette fra dit ståsted?

Utvikling fremover

**For å lykkes med utbredning av prosjektet vil det være viktig med integrering av IT-systemer, og mulighet for å prøve ut ny rehabiliteringsteknologi.**

- Hva er planer for dette på kort og lang sikt og
- Hvordan er dialogen med prosjektet om dette?

**Hvordan kan modellen utvikles for i større grad ivareta det samfunnsmessige perspektivet i modellen**

- Hvilke utfordringer ser du for dette fra dit ståsted?

**Hvilke kompetanse vil kommunene trenge for å kunne støtte opp under denne type rehabiliteringsprosess**

- Er det planer for dette i kommunene?

Hvis de skulle gitt anbefalinger til andre kommuner som arbeider med innovasjon i rehabiliteringstjenestene – hvilke anbefalinger ville de gitt?

**Er det noe mer du ønsker å tilføye?**

- Annet?

## Vedlegg 4: Temaguide fokusgruppe teknologi



### Tema/intervjuguide for evaluering av teknologi

---

#### Innledning

- Temaet for denne fokusgruppen er vurdering/evaluering av teknologien som har vært brukt i piloten,
- I tillegg til digitale programmer/systemer kan vi gjerne inkludere ulike former for informasjonsbærere (papir, telefon, SMS, e-post, fax etc. ).

#### Erfaring med rehabiliteringsteknologier for personen

- Hvilke teknologier har blitt brukt?
- For de ulike teknologiene beskriv og diskuter punktene under
- Formål (nytte)
  - Hvilket treningsbehov/tilstand ble den brukt for?
  - Hva var de viktigste elementene i teknologien?
  - Egnet den seg?
- Installasjon og forberedelser (tekniske utfordringer?)
  - Behov for forberedelser?
  - Plassering og oppkobling ?
    - Fysisk plass
    - Behov for utstyr
    - Nett
  - Innstillinger?
    - Grenseverdier?
    - Individuell tilpassing?
  - Kommunikasjonsløsning?
    - Varsling av TVT
    - Varsling av pårørende/nærpersoner?
- Brukskvalitet/ brukshyppighet/ brukervennlighet
  - Mestring – var teknologien lett å bruke og forstå?
  - Kunnskap - gir teknologien økt forståelse/kompetanse relatert til rehabiliteringen? F.eks. om egen rolle i rehabiliteringen, om kroppens signaler etc.
  - Motivasjon - var teknologien motiverende?
  - Hvor ofte ble det brukt? Hvis lite brukt, hvorfor?

- Stressende, vanskelig, kjedelig, tidkrevende etc.
- Integrert del av rutiner – ikke lenger nødvendig?
- Evt. tilbakemeldinger fra person vedr- teknologien?
  - Positive/negative (f.eks. bidrag til rutiner, motvilje, (for mye) fokus på sykdom etc.)
- Opplæring og oppfølging
  - Vanskelighetsgrad
  - Var det behov for opplæring, evt. hvor mye?
  - Var det behov for support, evt. til hva?
  - Avstandsoppfølging - Tilbakemelding fra teknologi til TVT?
    - Personens syn på avstandsoppfølging?
    - TVT sine synspunkter på form, innhold, innhold, hyppighet, interoperabilitet, etc.?
- Universell utforming
  - Forutsetninger for bruk - hva kreves av personer som skal bruke teknologien?
  - Kan utstyret brukes av personer med nedsatt syn, hørsel, bevegelse, kognisjon?
- TVT sin totalvurdering av denne teknologien

#### Verktøykasse for tverrfaglig vurdering

- Hvordan har verktøykassen fungert?
- Hvordan ble den brukt?
  - i forkant av vurderingen
  - underveis (hvordan opplevde personen det?)
  - i etterkant?
- Hvilken kompetanse og informasjon bør de ulike aktørene få (person og fagpersoner)?
- Forslag til forbedringer?

#### Samhandling ved hjelp av andre teknologier

- Hvilke andre teknologier har TFT benyttet i tilknytning til oppfølging av personene i piloten?
- Beskriv ulike systemer som har blitt brukt og informasjonsflyt mellom dem
  - Meldingssystem
  - Elektronisk pasientjournal
  - Forslag til forbedringer?
- Beskriv informasjonsflyt mellom ulike personer/organisasjoner/virksomheter og eventuelle utfordringer?
  - Personen og dens pårørende
  - Sykehus
  - Kommuner/inntakskontor



## Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk

- NAV
- Offentlig og private fagpersoner (eks. fysioterapeut, logoped etc. )
- Etc.
- Lokalsamfunnet (Lag og foreninger)
  
- Har det vært benyttet dokumenter (f. eks. IP?), diskuter
  - Lagring
  - Deling og tilgangskontroll
  - Oppdatering - hvordan holde rede på siste versjon - navnekonvensjoner

Er det noe mer du ønsker å tilføye?

## Vedlegg 5: Utførere av følgeforskningen

Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helse – og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge<sup>3</sup> (USN) ved professor Hilde Eide (prosjektleder) og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, i samarbeid med Norway Health Tech<sup>4</sup> ved Bent-Håkon Lauritzen

### Universitetet i Sørøst Norge

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er landets yngste universitet fra mai 2018, etter flere fusjonsprosesser (Høgskolene i Buskerud, Telemark og Vestfold). Universitetet har om lag 18.000 studenter og 1500 ansatte, og består av åtte studiesteder: Drammen, Vestfold, Kongsberg, Ringerike, Bø, Notodden, Porsgrunn og Rauland.

Forskerne har sete i Vitensenteret helse og teknologi i Drammen, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved USN. **Vitensenteret helse og teknologi<sup>5</sup>** er et regionalt forankret forsknings- og innovasjonssenter som driver sin virksomhet i nært samarbeid med næringsliv, offentlig forvaltning og frivillige organisasjoner.

**Det overordnede formålet for Vitensenterets virksomhet er** innovasjon i helsetjenester med særlig fokus på eHelse og velferdsteknologi rettet mot profesjonsutdanning, regional utvikling og internasjonal publisering.

### Vitensenteret har tre pilarer:

1. Forskning og innovasjon,
2. Næringsutvikling og entreprenørskap
3. Utdanning og tjenestedesign

Vitensenterets forskere kommer fra alle fakulteter og campuser ved HSN (helseforskere, teknologer, pedagoger, økonomer, samfunnsvitere og humanister). Vitensenteret har egne lokaler for helseteknologi og simulering som metode, et omfattende samarbeidsnettverk av regionale aktører og stort internasjonalt nettverk av forskere.

### Norway Health Tech

Norway Health Tech er en helseklynge som bidrar til utvikling av nye Medtech produkter, e-helse løsninger, tjenester, og innovative løsninger for det norske og internasjonale helse-markedet. Med mer enn 190 medlemmer er hele verdikjeden for innovasjon representert. Vår visjon er å utvikle og industrialisere verdensledende helseteknologi produkter og tjenester som bidrar til bærekraftig og økt kvalitet i behandling og omsorg og vekst i norsk helseindustri.

Klyngens fokusområder er å fasilitere forskning og utvikling i samarbeid mellom forskning, industri og helsetilbydere – nasjonalt og internasjonalt; stimulere og fasilitere markedsdrevne innovasjon og innovative innkjøpsprosesser; fasilitere kliniske forsøk, testing og verifisering;

---

<sup>3</sup> [www.usn.no](http://www.usn.no)

<sup>4</sup> [www.oslomedtech.no](http://www.oslomedtech.no)

<sup>5</sup> <https://www.usn.no/vitentest/>

akselerasjonsprogrammer for forretningsutvikling og internasjonal vekst; tiltrekke investeringskapital; tilby co-working space i Medtech Growth House og spre kunnskap om norsk helseindustri nasjonalt og internasjonalt.

Norway Health Tech er et “Norwegian Centre of Expertise” (NCE) finansiert gjennom klyngeprogrammet til Innovasjon Norge.

### Følgeforskerne

**Professor Hilde Eide (Dr.philos).** Hilde er professor i klinisk kommunikasjon og helseveiledning ved Universitetet i Sørøst-Norge, forskningsleder og fungerende daglig leder ved Vitensenteret helse og teknologi. Hovedfokus for forskningen hennes er person-orientert kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter, med et spesielt fokus på emosjonell kommunikasjon knyttet til fysiske og psykososiale helsetilstand og hvordan pasienter kommunisere bekymringer. Hun har utforsket disse aspektene av kommunikasjon hos forskjellige pasientgrupper; personer med kreft, diabetes og langvarige smertetilstander. Hun har også ledet et stort prosjekt som testet i en RCT-studie skriftlig web-basert veiledning på smarttelefon i en måned hjemme etter 4 ukers opphold på et rehabiliteringssenter med god effekt. Hun utforsker også innovasjonsprosesser og implementering av velferdsteknologi. Hun har nylig ledet et stort tverrfaglig forskningsprosjekt med eldre -COMHOME-studien finansiert av Norges Forskningsråd (PraksisVEL) med sikte på å utvikle en forskningsbasert plattform for personorientert kommunikasjon til bruk i opplæring av studenter og helsepersonell som arbeider med eldre personer. Et annet viktig prosjekt er samvalg rundt beslutning av behandling av hofteartrose.

**Førsteamanuensis II, Kristin S. Fuglerud (PhD).** I tillegg til sin stilling ved Vitensenteret USN, er Kristin leder for fagområdet e-inkludering og universell utforming av IKT ved forskningsinstituttet Norsk Regnesentral (NR). Kristin har doktorgrad innen inkluderende design/universell utforming av IKT. Hun har ledet og deltatt i en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter innen utvikling og evaluering av teknologi for ulike brukergrupper, spesielt for personer med funksjonsnedsettelse. Hun har bred erfaring fra utredning, brukermedvirkning, brukersentrert systemutvikling, kvalitative brukerundersøkelser, samarbeid med private og offentlige virksomheter og ulike brukerorganisasjoner.

**Bent Håkon Lauritzen; Siviløkonomi og programansvarlig** i Norway Health Tech for innovative anskaffelser og utvikling av profesjonelle testfasiliteter ved de største sykehusene i Norden – se [www.nordicproof.org](http://www.nordicproof.org). Han har i tillegg oppdrag som kompetansemegler for Buskerud Fylkeskommune med fokus på næringsrettet forskning i Buskerud. Han har hovedfokus på utvikling, testing og implementering av innovative produkter og tjenester i helse- og omsorgssektoren i partnerskap mellom næringsliv og offentlig sektor. Han er også tilknyttet Høgskolen i Sørøst-Norge som timeforeleser.

—  
**Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold,  
Nasjonalt forsøk med  
kommunal rehabilitering**

— Helsehuset Indre Østfold  
Medisinske Kompetansesenter IKS

—  
Forfattere:  
Kristin Skeide Fuglerud  
Bent Håkon Lauritzen  
Hilde Eide

—  
ISSN: 978-82-7860-339-0  
ISBN: 2535-5325

—  
usn.no

