

Innovativ rehabilitering i Indre Østfold

Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering

Følgeevaluering, delrapport 4

Kristin Skeide Fuglerud
Bent Håkon Lauritzen
Hilde Eide





Kristin Skeide Fuglerud
Bent Håkon Lauritzen
Hilde Eide

**Innovativ rehabilitering i Indre Østfold
Nasjonalt forsøk med kommunal
rehabilitering
Følgeevaluering, delrapport 4**

© 2020 Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide
Universitetet i Sørøst-Norge
Drammen, 2020

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 52

ISSN: 2535-5325 (Online)

ISBN: 978-82-7860-447-2 (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>

Rehabiliteringsprosjektet har i 2019 hatt særlig fokus på følgende hovedtemaer:

- Fra prosjekt til drift for tverrfaglig vurderingsteam
- Utprøving av senger- småskala
- Utprøving av dagtilbud- småskala
- Videre utprøving av teknologi
- Jobbet med eget kvalitetsregister og etablert rutiner og praksis for registrering i IPLOS
- Videreføring av rehabiliteringsmodellen og personperspektivet inn i ny kommune, inkludert koordinering og individuell plan
- Tett samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre aktører om helhetlige tjenester ut fra den enkeltes behov
- Har jobbet med kompetanseplan og inkludering av nye tjenester for rehabilitering i ny kommune
- Erfaringsdeling og formidling ut mot samarbeidspartnere lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Følgevalueringens hovedinntrykk

- Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har også i 2019 vist evne til å levere gode resultater i henhold til målsetningen. Det er etablert et sterkt fagmiljø som jobber målrettet med innføring av nye og innovative tjenester.
- Målinger av funksjonsnivå og tilfredshet hos pasienter som har mottatt tjenester koordinert av tverrfaglig team viser god forbedring på samtlige måleparametere i perioden mens tjeneste gis. Retester viser at pasientene opprettholder funksjonsnivå etter 3 og 6 måneder. Trenden viser tilsvarende målinger etter 18 måneder.
- Prosjektet har i 2019 planlagt og gjennomført utprøving av nye tjenester – ulike dagtilbud og sengepost. Tilbakemelding fra brukerne av disse tjenestene er gjennomgående positive.
- Prosjektet har gjort viktige erfaringer med bruk av samhandlingsløsning, videoassistert dialog og rehabiliteringsteknologier for bruk i hjem av pasienten selv. Alle aldersgrupper har tatt i bruk teknologi.
- Overføring og implementering av tjenestene fra prosjekt til drift og fra organisering i det interkommunale selskapet til å bli integrert i den nye enheten «Rehabilitering, læring og friskliv» i Indre Østfold kommune har vært krevende, men ser ut til å fungere godt.
- Full implementering av modell for «samfunnsbasert rehabilitering» er avhengig av samfunnsdelen av modellen med økt fokus på helsefremming, psykososial helse og den enkeltes deltakelse i lokalsamfunnet. Denne delen har vanskelige betingelser på grunn av endrede prioriteringer i etableringen av den nye Indre Østfold kommune.
- Prosjektet har drevet utstrakt formidlingsaktivitet til en lang rekke ulike aktører, til politikere, forvaltning, ulike nivåer i helsetjenesten, forskjellige faggrupper, og utdanningsinstitusjoner. Eksterne fagmiljøer ser ut til å støtte modellen selv om det også pekes på utfordringer, spesielt med å involvere miljøer utenfor helsetjenesten.

- Det at rehabiliteringsprosjektet selv hatt kompetanse og kapasitet til å drive teknisk støtte på bruk av teknologi, både videoteknologi og rehabiliteringsteknologi i hjemmet, har vært viktig for muligheten til faktisk å ta denne teknologien i bruk.

Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

- Rammebetingelser for satsningen blir avgjørende både for å sikre resultater av nye tjenester samt sikre videre innovasjon og utvikling.
- Det bør arbeides videre med hvordan senger for intensiv rehabilitering og dagtilbudet kan integreres i helhetsmodellen.
- Det er viktig at kompetanse innen psykisk helse integreres sterkere i TVT og i det totale rehabiliteringstilbudet. Det å være i rehabilitering er en stor omstilling for personen, både fysisk og psykisk.
- For å få implementert hele modellen, inkludert samfunnsdelen (høyresiden i modellen), er det ønskelig og nødvendig å gjennomføre flere utprøvinger av elementer knyttet til aktivitet i lokalsamfunnet.
- Video-oppfølging og rehabiliteringsteknologier fungerer og bør breddes ut. Koronaepidemien har framskyndet utforming av rutiner og sikkerhetsvurderinger som gjør dette enklere.
- Gruppedynamikken har fungert godt i dagtilbudet. Prosjektet kan vurdere å utforske om likemannsarbeid i digitale kanaler kan forlenge og forsterke tilbudet. Koronaepidemien har aktualisert behovet for nye måter å tilby læring og mestring på.
- Det er viktig at prosjektet/rehabiliteringsenheten beholder muligheten til å ha kompetanse og kapasitet til å gi teknisk støtte på teknologien som benyttes i tjenesten.
- Videreføring av kvalitetsregisteret er viktig for å kunne fortsette dokumentasjon av effekter og kartlegge forbedringsområder for tjenesten. Verktøy for registrering bør effektiviseres for å unngå dobbeltregistrering. Det bør vurderes om registreringer i kvalitetsregisteret bør omfatte hele den kommunale rehabiliteringstjenesten.
- For å sikre videre spredning og oppskalering bør det utvikles dokumentasjon og opplæringstilbud i helhetsmodellen og måten tjenestene koordineres på. Dette vil bidra til raskere opplæring av nyansatte og spredning til andre kommuner.
- Prosjektet bør utarbeide en anbefaling om størrelse på teamene og antall samtidige personer i rehabilitering, samt hvilken kompetanse som bør inngå i det tverrfaglige teamet (fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier lege, psykolog/psykisk helsearbeider).

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag og anbefalinger | II |
| Rehabiliteringsprosjektet har i 2019 hatt særlig fokus på følgende hovedtemaer: | III |
| Følgeevalueringens hovedinntrykk | III |
| Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet | IV |
| Innholdsfortegnelse | V |
| Figur og tabelloversikt | VI |
| 1. Introduksjon | 1 |
| 2. Bakgrunn | 2 |
| 2.1. Rehabiliteringsmodellen «Samfunnsbasert rehabilitering» | 3 |
| 3. Følgeevaluering - Design, metode og gjennomføring | 5 |
| 3.1. Temaer og metodikk for følgeevalueringen i 2019 | 5 |
| 4. Resultater | 6 |
| 4.1. TVT – fra prosjekt til drift – omfang og effekter | 6 |
| 4.1.1. Antall koordinerte rehabiliteringsforløp | 7 |
| 4.1.2. Arbeidsforhold før og etter forløp | 8 |
| 4.1.3. Hoveddiagnose ved henvising | 8 |
| 4.1.4. Målinger av funksjonsnivå | 8 |
| 4.1.5. Bruk av teknologi | 10 |
| 4.1.6. Arbeidsoppgaver og tidsbruk for TVT team | 11 |
| 4.1.7. Lengde på forløp | 12 |
| 4.1.8. Evaluering og erfaringer | 12 |
| 4.2. Utprøving av senger for intensiv rehabilitering | 12 |
| 4.2.1. Om utprøvingen | 14 |
| 4.2.2. Evaluering og erfaringer | 14 |
| 4.3. Utprøving av dagtilbud | 16 |
| 4.3.1. Om tilbudet | 16 |
| 4.3.2. Evaluering og erfaringer | 17 |
| 4.4. Ekstern formidling og erfaringsdeling | 18 |
| 4.4.1. Om formidlingsarbeidet | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4.2. Spørreundersøkelse om rehabiliteringsprosjektets arbeid | 19 |
| 4.4.3. Rehabiliteringsprosjektets budskap inn i ny kommuneplan | 23 |
| 4.4.4. Evaluering av ekstern formidling | 23 |
| 4.5. Vurdering av implementeringsprosessen | 23 |
| 5. Referanser | 30 |
| Vedlegg 1: Rehabiliteringsprosjektets formål og overordnede mål..... | 33 |
| Vedlegg 2: Sammendrag følgeforskning 2018..... | 35 |
| Vedlegg 3: Sammendrag følgeforskning 2017..... | 37 |
| Vedlegg 4. Sammendrag følgeforskning 2016..... | 39 |
| Vedlegg 5: Spørreskjema til besøkende til IRIØ-prosjektet | 41 |
| Vedlegg 6: Utførere av følgeforskningen..... | 47 |

Figur og tabelloversikt

| | |
|--|----|
| Figur 1: Samfunnsbasert rehabilitering (revidert modell, Rehabiliteringsprosjektet jan 2018) | 4 |
| Figur 2: Antall påbegynte forløp per år | 7 |
| Figur 3: Personer som har fått koordinerte tjenester fra TVT og hvor de er her henvist fra | 7 |
| Figur 4: Arbeidsstatus før og etter forløp | 8 |
| Figur 5: Hoveddiagnose ved henvisning..... | 8 |
| Figur 6: Analyse av funksjonsnivå ved start og slutt..... | 9 |
| Figur 7: Måling av langvarig effekt SPPB, Barthel og COPM | 9 |
| Figur 8: Måling av langvarig effekt grepsstyrke | 10 |
| Figur 9: Bruk av teknologi | 10 |
| Figur 10: Tidsbruk på ulike aktiviteter for TVT | 11 |
| Figur 11: Timer per måned per. aktivitet | 11 |
| Figur 12: Antall dager fra henvendelse til ulike aktiviteter er påbegynt eller gjennomført..... | 12 |
| | |
| Tabell 1: Oversikt tema og metodikk..... | 5 |
| Tabell 2: Antall påbegynte forløp pr år pr | 7 |
| Tabell 3: Implementeringsstrategier i årene 2016-2019 | 29 |

1. Introduksjon

Prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» startet i mai 2016 og er våren 2020 ferdig med sitt fjerde år med finansiering over statsbudsjettet, og fortsetter videre med sitt femte år. For enkelhets skyld omtaler vi dette prosjektet som «rehabiliteringsprosjektet» i denne rapporten.

Prosjektet har i løpet av disse årene nedsatt en rekke arbeidsgrupper som har jobbet med spesifikke delproblemstillinger. Arbeidsgruppene har bestått av administrativt og faglige fagpersoner fra kommunene, representanter fra brukerråd, tillitsvalgte, verneombud og prosjektets medarbeidere og eksterne fagpersoner. Disse arbeidsgruppene har utarbeidet en rekke erfaringsrapporter, se mer om dette under kapittel 2 Bakgrunn.

Det har vært gjennomført følgeevaluering med litt ulikt fokus for hvert prosjektår. Dette har resultert i egne rapporter. Følgeforskningsrapporten fra det første året hadde fokus på brukermedvirkning, den valgte rehabiliteringsmodellen, prosjektarbeid og verdiskapning (Eide et al., 2017). Rapporten fra det andre året omhandlet brukermedvirkning, det tverrfaglige vurderingsteamets (TVT's) arbeidsmetodikk, forankringsarbeid i kommunen og grunnlag for måling av effekter av ny rehabiliteringsmodell (Fuglerud et al., 2018). Den tredje rapporten hadde fokus på personen og lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringsforløpet, TVT's organisering og kapasitet, inkludert bruk av teknologi, Implementering, samt forankring og ny kommunestruktur (Fuglerud et al., 2019). Anbefalingene fra de tidligere rapportene finnes bak i vedlegg 2, 3 & 4.

Prosjektet har i 2019 har hatt et særlig fokus på overgang fra prosjekt i ett interkommunalt selskap, til drift i den nye kommunen Indre Østfold, med nærmere 45000 innbyggere. De har jobbet spesifikt med drift av TVT, prosedyrer og ansvarsavklaringer og hatt fokus på antall dager fra henvisning til vurdering og igangsetting.

Prosjektet har også jobbet med å videreføre personperspektivet og å tilrettelegge for helhetlige tjenester ut fra den enkeltes behov gjennom tett samhandling mellom det tverrfaglige vurderingstemaet og spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

Videre har prosjektet gjennomført flere nye utprøvinger: utprøving av senger for intensiv rehabilitering (SIR), samt småskalautprøving av dagtilbud, lærings og mestringstilbud og videre utprøving av teknologi.

Utprøving av senger for intensiv rehabilitering har vært en viktig aktivitet for videreutvikling av rehabiliteringsmodellen. Dette delprosjektet har hatt ulike faser som innebærer a) innhenting og opplæring av personell til utprøvingen (fysio/ergo/SPL/lege), b) forberedelse til drift av senger, c) etablering av prosedyrer og rutiner, d) etablere effektmål og e) avklaring av samhandling med teamet og hvilken rolle TVT skal ha opp mot senger. Dette delprosjektet har også hatt fokus på teknologi inn i helheten fra seng-TVT-hjem og hvordan dette bør fungere.

Prosjektet har også hatt utprøving av ulike typer dagtilbud: De har prøv ut *Intensiv gangtrening*, basert på ny modell hvor prosjektet har samhandlet med forskere nasjonalt og internasjonalt. De har også hatt utprøving med uttesting av *Magic Glass VR brille for trening av slagarm*. I tillegg har de hatt *grupper med læring og mestringstilbud; kols- og smerteskole*.

Denne fjerde rapporten oppsummerer resultater fra følgeforskning og evaluering av rehabiliteringsprosjektet i det fjerde året, dvs. i 2019. I denne perioden har følgeforskningen først og fremst hatt fokus på

- TVT- fra prosjekt til drift – omfang og effekter
- Utprøving av senger
- Utprøving av dagtilbud, gangtrening, kols- og smerteskole
- Prosjektets formidling og erfaringsdeling
- Implementeringsprosessen – inn i ny kommune og formidling av erfaringer som er viktige for implementering i andre kommuner

2. Bakgrunn

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset) ble etablert i 2012 som et interkommunalt selskap eid av kommunene Hobøl, Spydeberg, Trøgstad, Skiptvet, Eidsberg, Marker og Askim, med cirka 52 000 innbyggere til sammen. Fem av disse kommunene, Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad, ble per 1. januar 2020 slått sammen til en kommune med navn Indre Østfold i Viken fylke. Indre Østfold kommune har et samlet innbyggertall på rett under 45 000 innbyggere¹.

I 2016 fikk Helsehuset bevilget 5 millioner kroner til prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold», rehabiliteringsprosjektet, som denne rapporten omhandler. Det har deretter blitt bevilget ytterligere 5 millioner kroner per år til videreføring i årene 2017 - 2020.

I 2016 var det tre arbeidsgrupper som arbeidet med henholdsvis «Helhetlige rehabiliteringsforløp», «Rehabiliteringsenhet og ambulant team», og «Teknologi i et rehabiliteringsforløp». Det ble også gjennomført en småskalatest med fokus på teknologi, tverrfaglig team og vurderingsrutine. Arbeidet med gevinstrealisering ble også påbegynt. På bakgrunn av dette leverte rehabiliteringsprosjektet en rapport fra prosjektets første år, med anbefalinger og forslag til en handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli et al., 2017). Dette arbeidet gav grunnlaget for modellen «Samfunnsbasert rehabilitering», se

¹ [https://no.wikipedia.org/wiki/Indre_Østfold_\(kommune\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Indre_Østfold_(kommune))

neste avsnitt, som prosjektet arbeider etter. Prosjektet har gjennom disse årene jobbet systematisk med å utvikle og prøve ut de ulike elementene i modellen.

I 2017 var det tre arbeidsgrupper som arbeidet med temaene «Senger for intensiv rehabilitering», «Tverrfaglig vurderingsteam» og «Person som eier av egen rehabiliteringsprosess».

I 2018 var det to arbeidsgrupper som arbeidet med «Etablering av tjenester» og «Utvikling av helhetlige forløp». Resultatene fra dette arbeid var viktige grunnlag for beslutning om etablering av tjenester i den nye kommunen.

Denne rapporten omhandler først og fremst arbeidet som er gjort i 2019, se kapittel 1 Introduksjon.

2.1. Rehabiliteringsmodellen «Samfunnsbasert rehabilitering»

Rehabiliteringsprosjektet bygger på sentrale føringer for kommunal rehabilitering. Betydningen av et helhetlig perspektiv vektlegges, hvor personen er sentrum og man ser vedkommendes muligheter i sammenheng med faktorer i omgivelsene. Prosjektet har valgt å teste ut en modell de kaller samfunnsbasert rehabilitering (Dehli et al., 2017, pp. 16 & 65). Denne modellen er inspirert av WHO's modell kalt "Community Based Rehabilitation" (CBR)². Hensikten er at personene skal tilbake til samfunnet, og at lokalsamfunnet bidrar til et samfunn som er rehabiliterende.

Rehabiliteringsprosjektets modell for samfunnsbasert rehabilitering legger vekt på en helhet hvor ulike typer av rehabilitering inngår:

1. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten = spesialisert rehabilitering
2. Rehabilitering i medisinske kompetansesenter og av tverrfaglige spesialiserte team = Intensiv rehabilitering
3. Rehabilitering i pleie og omsorgstjenesten = mestring og 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 optimalt i samfunnet på den måten han eller hun ønsker å delta. Videre vektlegges brukermedvirkning. Hvordan lokalmiljøet kan støtte rehabiliteringsprosessen hadde spesielt fokus i 2018.

Modellen er visualisert i Figur 1: Samfunnsbasert rehabilitering nedenfor. Figuren viser personen som senter for samfunnsbasert rehabilitering, og at tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og teknologi spiller en sentral rolle i samhandlingen med helsetjenester og med lokalsamfunnet. Helsevesenet som

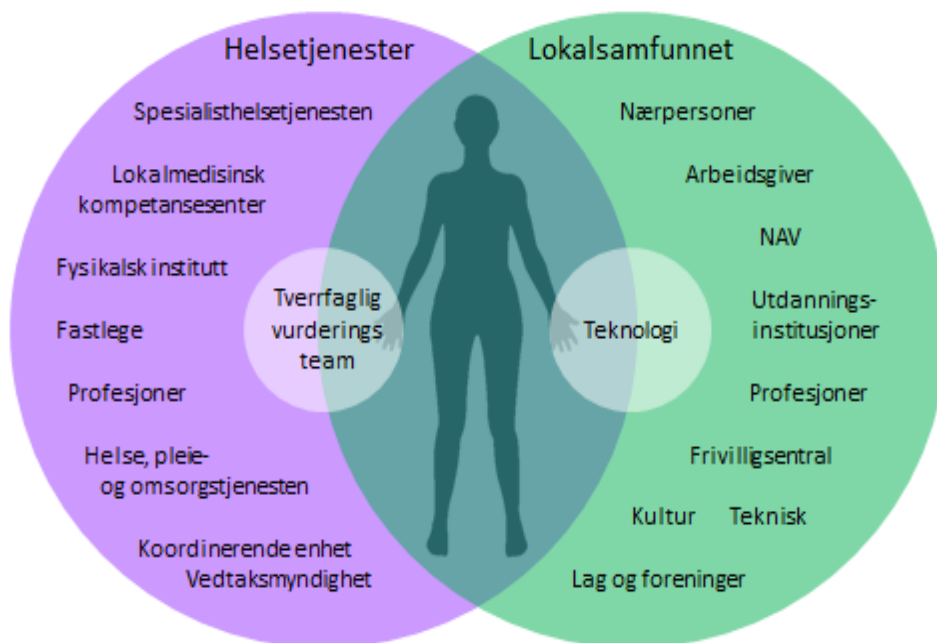
² <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/> , <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>

ansvar for rehabiliteringstjenester vises på den venstre siden, og personens lokalsamfunn og omgivelser som kan bidra positivt i en rehabiliteringsprosess vises på den høyre siden.

Modellen tar utgangspunkt i at det etableres noen grunnleggende tjenester. Dette inkluderer et tverrfaglig vurderingsteam og en avdeling for rehabilitering som omfatter senger, dagtilbud og et læring og mestringstilbud. Videre forutsettes det at personen selv inntar en aktiv rolle i forløpet og at ressursene i lokalsamfunnet inngår i rehabiliteringen. Det er viktig med gode overganger og samhandling for å at modellen skal fungere best mulig.

Som en del av rehabiliteringsprosjektets handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli et al., 2017), 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. Videre anbefalte prosjektet at det bygges opp et dagtilbud til personer har behov for intensiv rehabilitering, men som ikke har behov for innleggelse. De ønsket også å etablere læring og mestring som en integrert del av rehabiliteringen, med samarbeid med frisklivssentraler og folkehelsemiljøet i kommunene.

Samfunnsbasert rehabilitering



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

3. Følgeevaluering - Design, metode og gjennomføring

Prosjektet «Innovativ rehabilitering Indre Østfold» har vært 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, andre periode fra mai til desember 2017, tredje periode fra mai til desember 2018, og fjerde periode som denne rapporten omhandler var fra mai til desember 2019.

Denne studien bygger på et sammensatt og tverrfaglig perspektiv og følgeforskerne har også tverrfaglig bakgrunn. Hensikten har vært å få til en bred framstilling av et fenomen. Dette danner grunnlaget for anvendelse av et flermetodisk design med innhenting av kvalitative og kvantitative data fra en rekke kilder (Andersen, 2017). Samtidig har forskerne også gitt innspill til prosjektet på regelmessige dialogmøter. Studien er meldt til personvernombudet for forskning.

3.1. Temaer og metodikk for følgeevalueringen i 2019

Nedenfor gis en kort oversikt over temaene for følgeforskningen for rehabiliteringsprosjektets tredje periode, og de viktigste datakildene for analysene innen hvert tema.

Tabell 1: Oversikt tema og metodikk

| Område for evaluering | Metode som er anvendt | | | |
|--|---|---|--|---|
| | Intervju, Fokusgruppe, Spørreskjema | Deltagende observasjon | Dokument-analyse | Kvantitative data |
| <i>TVT- fra prosjekt til drift</i> | Samtaler med prosjektteamet | Deltakelse på enkelte prosjektmøter og erfaringskonferanse. | Møte-referater Prosjektets notater og rapporter | Analyse av data fra kvalitetsregisteret |
| <i>Rehabiliterings-senger</i> | Intervju med 5 personer | Deltakelse i rehabiliteringsprosjektets egenevaluering av sengetilbud | E-post-utveksling | |
| <i>Dagtilbud</i> - Gangtrening - Smerteskole - Kolsskole - VR brille for slagarm | Intervju med 10 personer, hhv 2 fra gangtrening, 3 fra smerteskole og 5 fra kolsskole | Dialogmøter med forskerne | | |
| <i>Kompetanse-spredning</i> | Spørreskjema til personer som har vært på besøk/hatt kontakt med prosjektet samt | intervju og fokusgruppe med 5 personer tilknyttet prosjektet | | |
| <i>Vurdering av implementeringsprosessen</i> | Alt materiale samlet | | | |

Intervju/fokusgruppe: Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med tre nyansatte fagpersoner i TVT og en annen person i prosjektgruppen. Det ble gjennomført enkeltintervjuer med 5 personer som hadde mottatt tilbud om sengeplass for intensiv rehabilitering. Videre var det lagt opp til fokusgrupper med de som hadde deltatt på henholdsvis gangtrening, kols- og smerteskole. Det ble imidlertid en del forfall på fokusgruppene, og de ble derfor supplert med flere enkeltintervjuer. Det ble gjennomført fokusgruppe- og enkeltintervju med til sammen 10 personer. Personene representerte begge kjønn, og fordelte seg på personer som hadde mottatt tilbud om sengeplass, gangtrening, smerteskole og kolsskole. I tillegg ble prosjektleder intervjuet.

Spørreskjema ble sendt ut til kontaktpersoner som har vært i på besøk eller hatt besøk fra rehabiliteringsprosjektet

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-poster
- møtoreferater
- prosjektplaner
- rapporter, erfaringsnotater og evalueringer fra prosjektet

Helsehuset Indre Østfold har med bistand fra følgeforskere etablert et kvalitetsregister for oppfølging av rehabiliteringsforløpene og måling av effekt og kvalitet. Anonymisert data fra dette datautvalget er benyttet for analyse av forløp og effekt.

4. Resultater

4.1. TVT – fra prosjekt til drift – omfang og effekter

Det tverrfaglige vurderings teamet (TVT) har vært operativt siden høsten 2017. Analysen under viser noen av resultatene og effektene som er registrert i kommunens kvalitetsregister fra oppstart til og med 2019. Vi har i analysen sett på personer som etter vurdering har mottatt koordinerte tjenester fra TVT (totalt 144 personer)

4.1.1. Antall koordinerte rehabiliteringsforløp

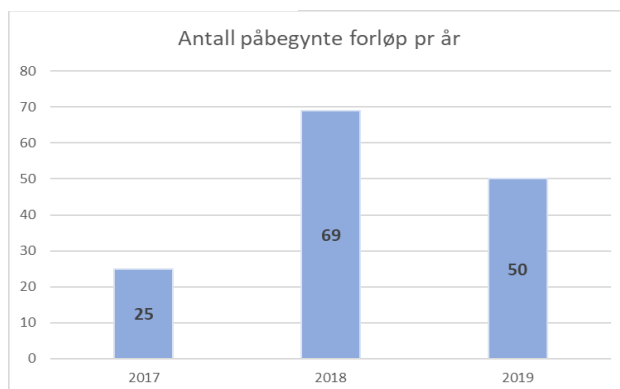
Totalt antall henviste pasienter i perioden har vært på 209 personer. Av disse har TVT satt i gang et forløp med koordinerte tjenester for totalt 144 personer. Utviklingen pr år, fordeling per aldersgruppe og prosentvis andel som har fått tjenester vises i Tabell 2 under:

Antall påbegynte forløp pr år pr aldersgruppe

| Aldersgruppe | 2017 | 2018 | 2019 | Totalt | Andel |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| over 80 år | 5 | 14 | 5 | 24 | 17 % |
| mellom 65 og 80 år | 7 | 23 | 19 | 49 | 34 % |
| under 65år | 13 | 32 | 26 | 71 | 49 % |
| Totalsum | 25 | 69 | 50 | 144 | 100 % |
| Andel henviste som har fått tjenester | 74 % | 69 % | 67 % | 69 % | |

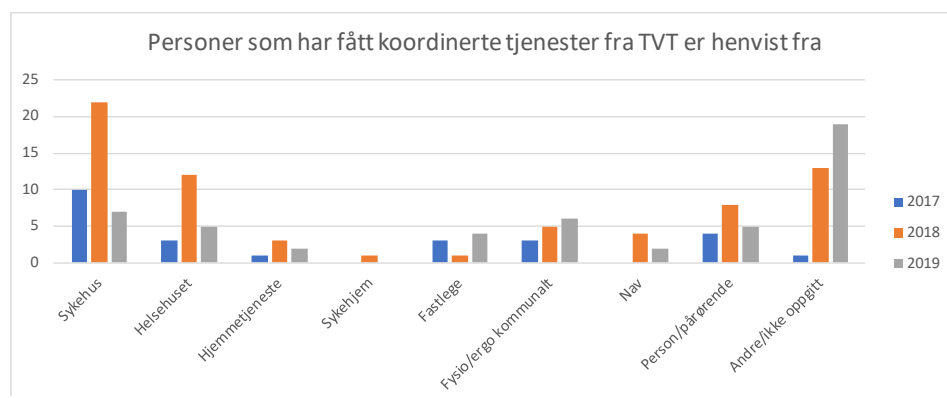
Tabell 2: Antall påbegynte forløp pr år pr

Det har vært en nedgang på antall påbegynte forløp med 27% fra 2018 til 2019, se Figur 2. Nedgangen i antall henvisninger er størst fra sykehus og fra helsehus. Figur 3 viser oversikt over hvor personer som har fått koordinerte tjenester fra TVT er henvist fra. Årsaken kan være redusert kapasitet i TVT grunnet andre prosjektaktiviteter som utprøving av senger for intensiv behandling og dagtrening, og konsekvens av prosesser knyttet til kommunesammenslåing.



Figur 2: Antall påbegynte forløp per år

Teamet har loggført timer brukt pr forløp, og for sammenlignbar periode (juni-desember) er det registrert 32% færre timer totalt brukt i TVT. Dvs. at antall timer pr forløp har gått noe ned i samme tidsperiode.



Figur 3: Personer som har fått koordinerte tjenester fra TVT og hvor de er her henvist fra

4.1.2. Arbeidsforhold før og etter forløp

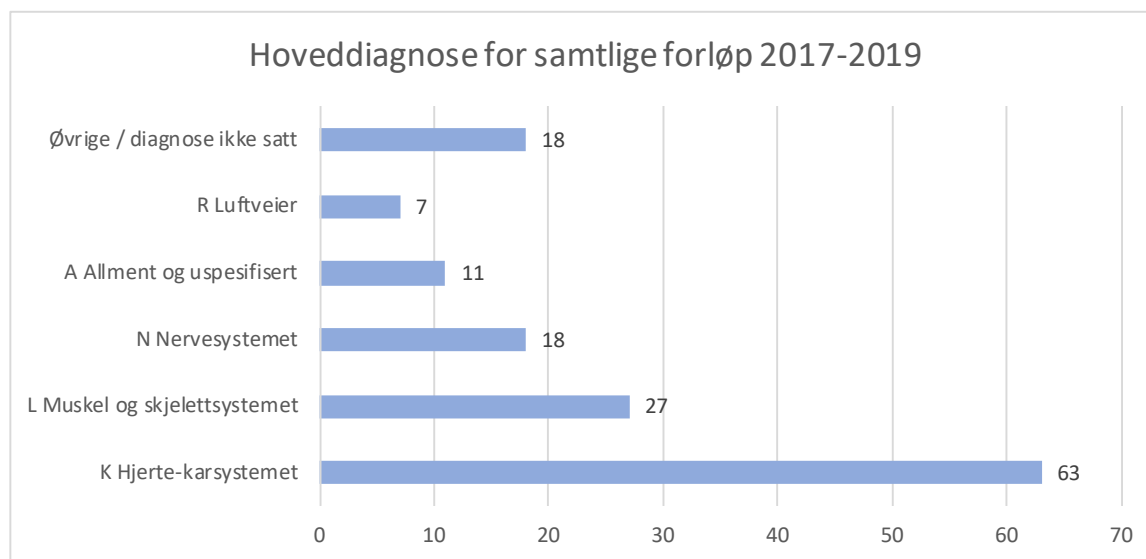
Av totalt 119 forløp som er avsluttet i perioden 2017 til 2019 er det registrert arbeidsforhold ved totalt 107 forløp både ved oppstart og avslutning. Tabellen viser at den største gruppen er pensjonister, med sykemeldte og uføre som de nest største gruppene. I løpet av forløpet har 5 personer endret status fra ufør/sykemeldt til yrkesaktiv.

| Arbeidsforhold | Status ved oppstart forløp | Status ved avsluttet forløp | Endring |
|----------------|----------------------------|-----------------------------|---------|
| | Arbeidsledig | 5 | |
| Pensjonist | 55 | 55 | 0 |
| Sykemeldt | 22 | 18 | -4 |
| Ufør | 22 | 21 | -1 |
| Yrkesaktiv | 3 | 8 | 5 |
| Totalt | 107 | 107 | |

Figur 4: Arbeidsstatus før og etter forløp

4.1.3. Hoveddiagnose ved henvisning

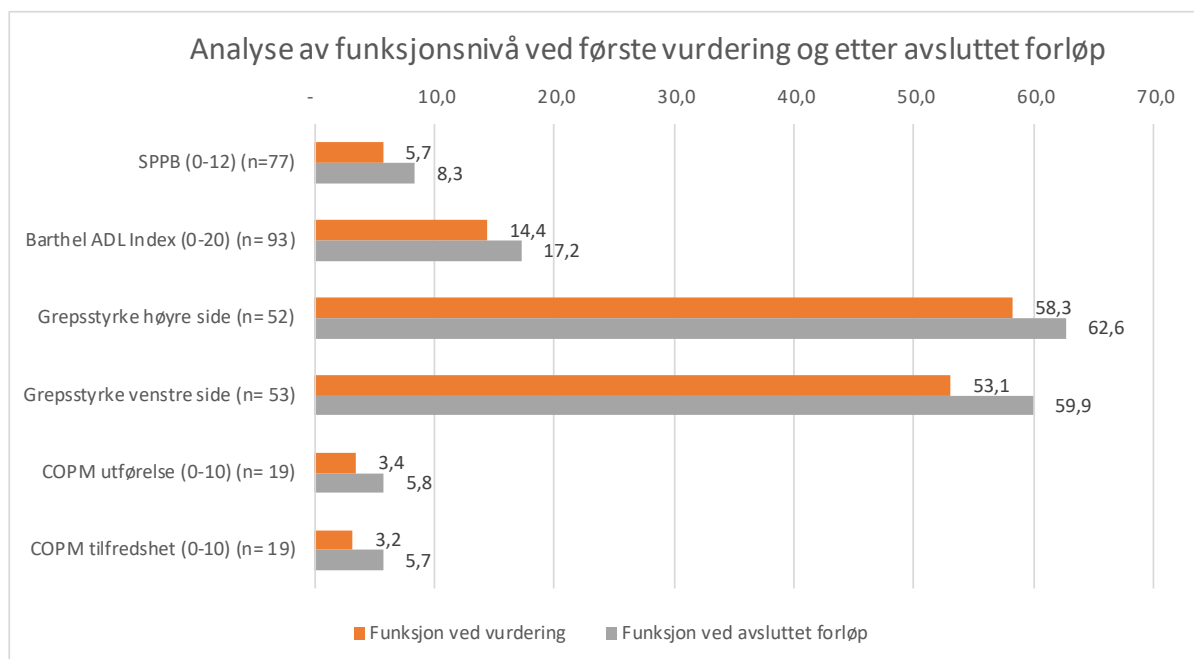
Figur 5 viser hoveddiagnosegruppe for samtlige pasientforløp. Eventuelle tilleggs-diagnoser er ikke hensyntatt. Oversikten viser at det av 144 forløp er 63 (44%) personer med hoveddiagnose K Hjerte-karsystemet. Den nest største gruppen er L - Muskel og skjelettsystemet med totalt 27 personer (19%).



Figur 5: Hoveddiagnose ved henvisning

4.1.4. Målinger av funksjonsnivå

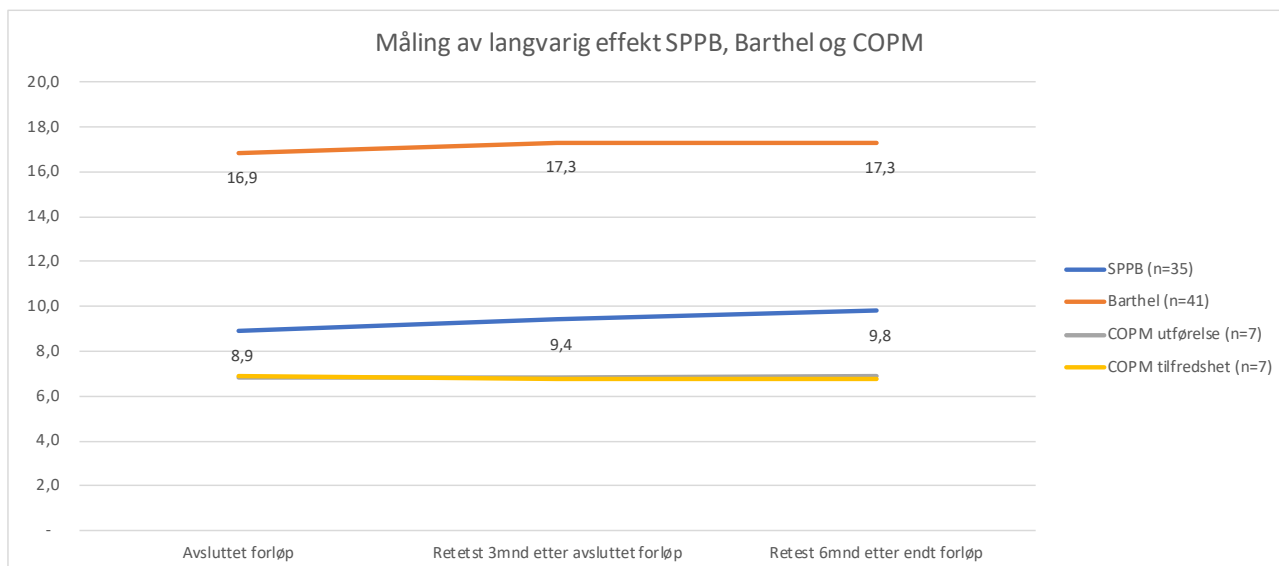
Figur 6 viser endring i funksjonsnivå fra første vurdering til måling ifbm avslutning av forløpet. Ikke alle tester er relevant for alle brukere. Antall utførte målinger vises som (n=x) for hver måling. Short Physical Performance Battery SPPB viser en forbedring på 46% fra oppstart til avslutning. Barthel ADL index har en forbedring på 20%, Grepstyrke for høyre og venstre viser i snitt en forbedring på 10% mens COPM for hhv utførelser og tilfredshet viser en forbedring på 68% og 78%.



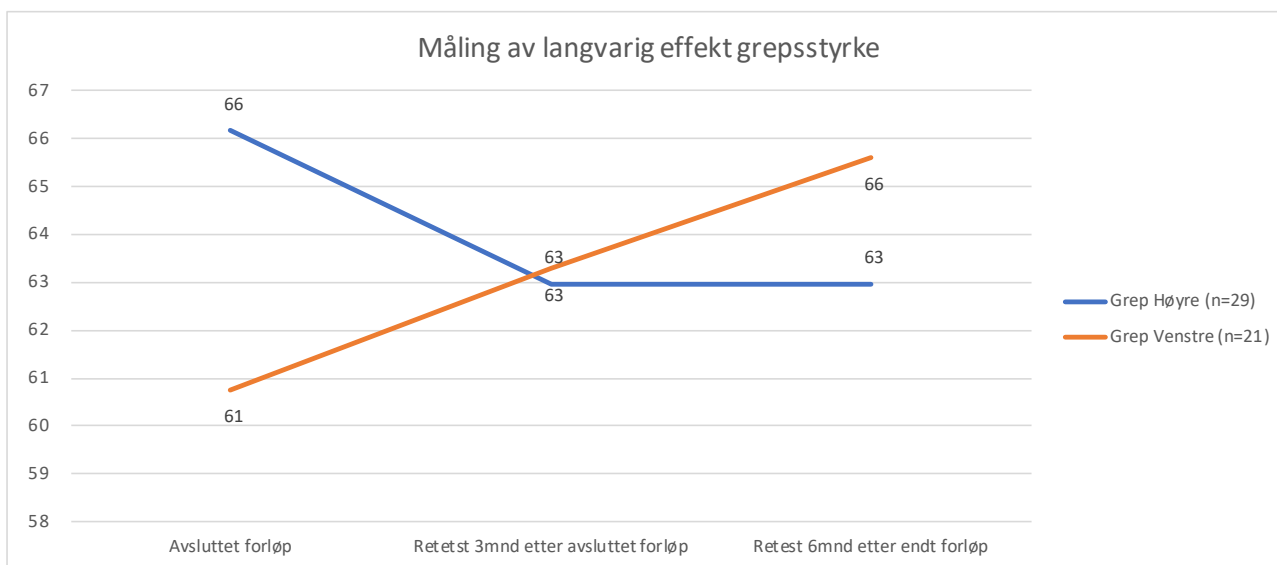
Figur 6: Analyse av funksjonsnivå ved start og slutt

Alle pasienter besøkes 3, 6 og 18 måneder etter at TVT teamet har avsluttet koordinert rehabilitering. TVT utfører de samme målingene ved disse besøkene som ble utført ved oppstart og ved avslutning av forløpet.

Figur 7 og Figur 8 under viser grafer med utvikling av funksjonsnivå ved avsluttet forløp og ved retest etter 3 og 6 måneder. Totalt antall pasienter som er retestet står i parentes (n=x) for hver måling.



Figur 7: Måling av langvarig effekt SPPB, Barthel og COPM

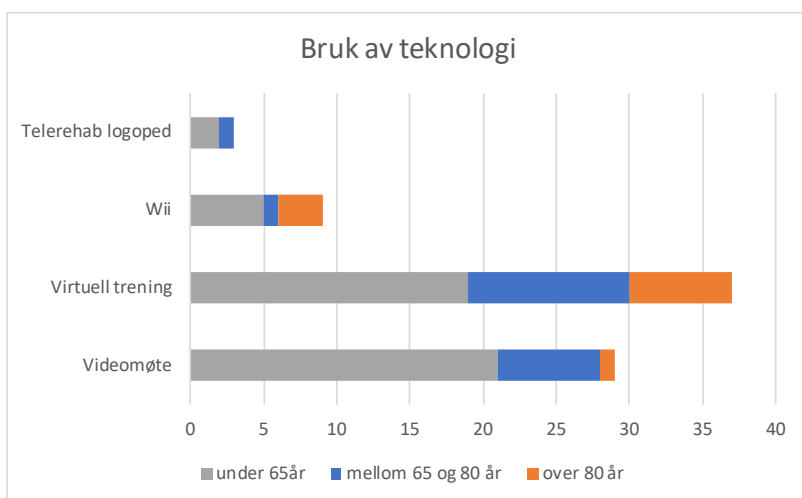


Figur 8: Måling av langvarig effekt grepsstyrke

Grafene viser at for gjennomsnittet av målingene for alle forløpene (med unntak av grepsstyrke høyre hånd) er det enten positiv eller tilnærmet tilsvarende funksjonsutvikling, hhv 3 og 6 måneder etter avsluttet forløp. Antall pasienter som er retestet etter 18 måneder er for lite til å bli presentert, men viser tilsvarende utvikling som grafene over.

4.1.5. Bruk av teknologi

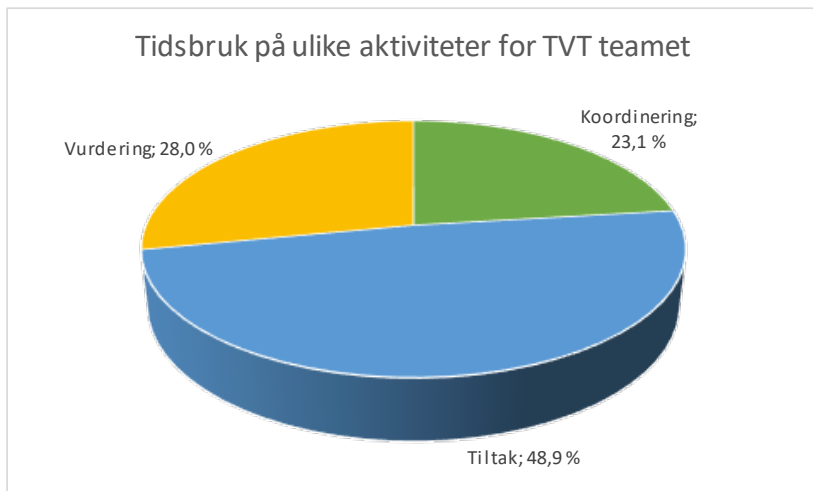
Av 144 personer som har hatt et koordinert rehabiliteringsforløp har 61 personer (42% av totalt antall forløp) deltatt i eller brukt teknologi. Noen har også benyttet flere teknologier. 46% av personene over 80% har brukt teknologi, og hhv 37% og 45% av brukerne i aldersgruppen mellom 65 og 80år og under 65år har benyttet teknologi. Figur 9 under viser at det er løsningen for virtuell trening som er mest benyttet (totalt 37 personer). Nest mest brukte teknologi er videokonsultasjon.



Figur 9: Bruk av teknologi

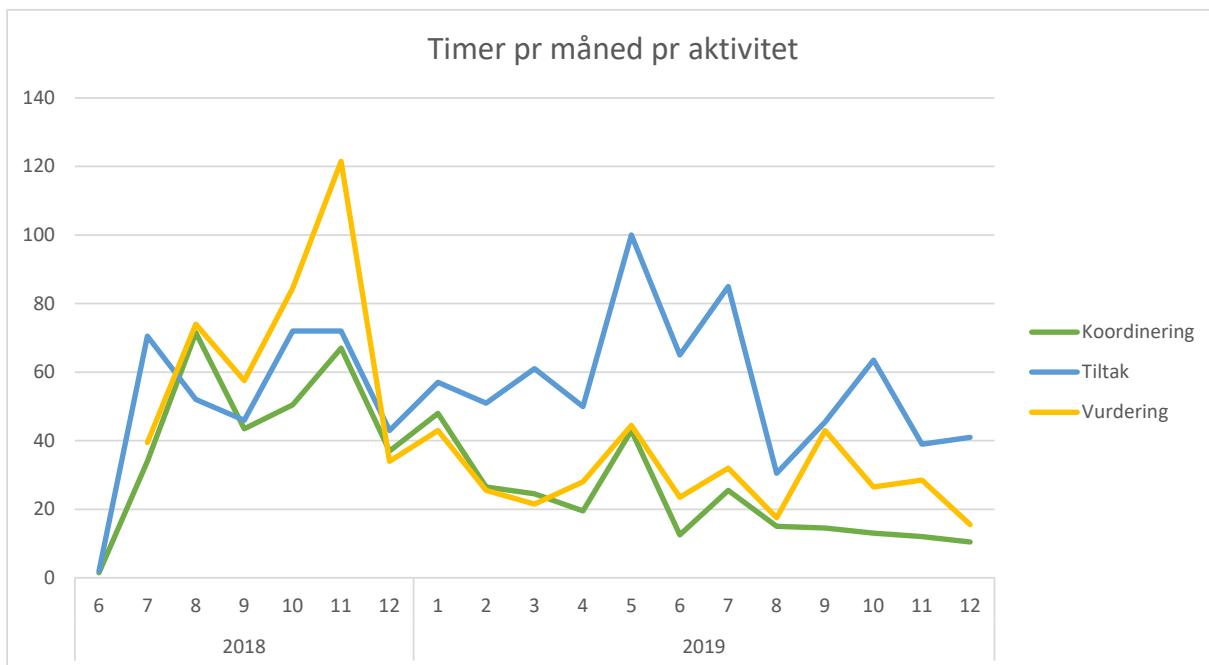
4.1.6. Arbeidsoppgaver og tidsbruk for TVT team

Høsten 2018 startet TVT teamet å logge tid brukt på ulike aktiviteter. Figur 10 under viser at ca. 49% av tiden brukes til tiltak og 28% brukes til vurdering. 23% av tiden brukes til koordinering.



Figur 10: Tidsbruk på ulike aktiviteter for TVT

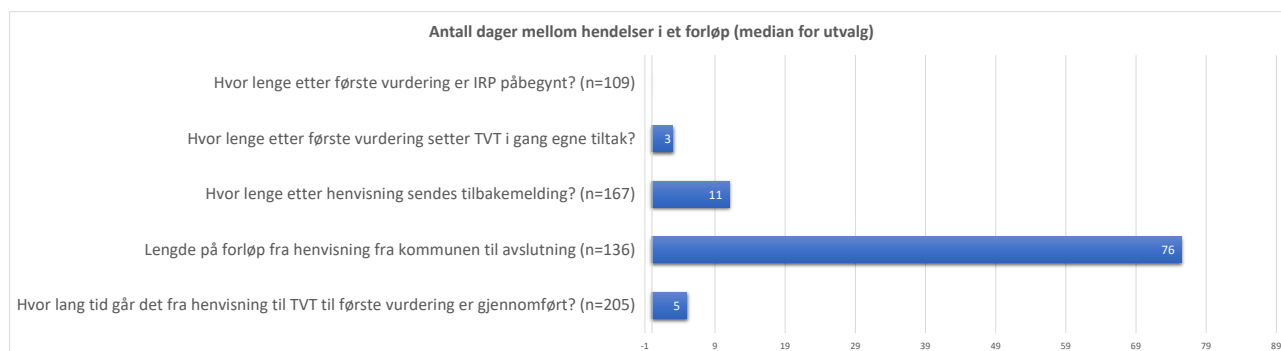
Ser vi på registrering pr måned viser det at balansen mellom tiltak, koordinering og vurdering varierer fra måned til måned.



Figur 11: Timer per måned per aktivitet

4.1.7. Lengde på forløp

Et rehabiliteringsforløp koordinert av TVT teamet er på 76 arbeidsdager (median). Fra henvisning er sendt fra vedtaks kontor i kommunen tar det 5 arbeidsdager til første besøk og vurdering er gjennomført. Etter at vurdering er gjennomført er første tiltak iverksatt i løpet av 3 arbeidsdager.



Figur 12: Antall dager fra henvendelse til ulike aktiviteter er påbegynt eller gjennomført

4.1.8. Evaluering og erfaringer

Antall gjennomførte rehabiliteringsforløp nærmer seg 150, og resultatene er stabilt positive både i form av evnen til rask igangsetting, øket funksjonsnivå (SPPB, Grepsstyrke) og tilfredshet (COPM). Det er også stabile målinger av funksjonsnivå og tilfredshet ved retester 3 og 6 måneder etter fullført program.

Resultatene indikerer at tjenesten bidrar til realisering av bedre livskvalitet for den enkelte person som mottar tjenesten, forbedret kommunal økonomi gjennom redusert behov for andre tjenester og samfunnsmessige gevinster knyttet til tilbakeføring til arbeid og redusert behov for annen helsehjelp.

Antall rehabiliteringsforløp har gått noe ned i 2019 sett i forhold til 2018 – vi ser at teamets bruk av tid er tilpasset forholdsvis til antall forløp. 2020 blir et viktig år for teamets rolle i en ny intern rehabiliteringstjeneste i nye Indre Østfold kommune. Dimensjonering av tverrfaglig team og oppgaver lagt til teamet i ny organisering av den totale rehabiliteringstjenesten i kommunen vil måtte bli analysert og diskutert for å sikre best mulig drift og fortsatt høy nytte.

4.2. Utprøving av senger for intensiv rehabilitering

Rehabiliteringsprosjektet har helt siden starten jobbet med et mål om å få etablert sengeplasser for intensiv rehabilitering i kommunen (Dehli et al., 2017). En viktig bakgrunn for dette var resultater fra forskning som viser at spesialiserte rehabiliteringsplasser kan gi markant høyere funksjon på betydelig kortere tid enn de opprinnelige tradisjonelle sengeplassene for rehabilitering. I denne forskningen fant man også at behovet for støttetjenester ble betraktelig redusert i lang tid etter opphold på en spesialisert rehabiliteringsenhet (Johansen et al., 2011, 2012).

Blant årsakene til de gode resultatene på den spesialiserte rehabiliteringsenheten ble det framhevet at rehabiliteringsprosessen bør

- foregå i et stimulerende og støttende miljø
- være tverrfaglig og strukturert
- legge til rette for at personene bruker tid til daglig trening.

I flere av Helsehusets tidligere eierkommuner var rehabiliteringstjenestene organisert under korttidsavdelingene på sykehjem. Rehabilitering som fagområde har et annet perspektiv og tilnærming enn det som er vanlig i pleie- og omsorgstjenester. Ved å samle rehabiliteringen i en dedikert enhet, oppnår man at de ansatte kan konsentrere seg om rehabiliteringsoppgavene, og fokusere på kvalitet og utvikling av rehabiliteringsfaget. Prosjektet vurderte det derfor som viktig å etablere egne senger for intensiv rehabilitering (Dehli et al., 2017).

I prosjektets andre år ble det nedsatt en arbeidsgruppe som hadde som oppgave å utrede hvordan man kunne tilrettelegge for sengeplasser for intensiv rehabilitering (SIR) i tilknytning til et interkommunalt kompetansesenter for rehabilitering. Det ble etter hvert klart at arbeidet måtte ses i sammenheng med kommunestruktur og mulig kommunesammenslåing. Arbeidsgruppens oppdrag ble derfor å utarbeide et underlag for høring for å få en prinsippavklaring rundt en fremtidig etablering av en egen sengeenhet for intensiv rehabilitering. Arbeidet er dokumentert i rapporten «Senger for intensiv rehabilitering: Arbeidsgruppens leveringen» (Arbeidsgruppen SIR, 2017).

Høsten 2017 ble det fattet et intensjonsvedtak i seks av eierkommunene om etablering av felles interkommunale senger for rehabilitering. Planen var at sengene skulle ses i sammenheng med etablering av nye helsetjenester i den nye sammenslåtte kommunen Indre Østfold.

Tidlig i 2019 satte Rehabiliteringsprosjektet ned en arbeidsgruppe for utprøving av rehabiliteringssenger- og dagtilbud, og sommeren 2019 var det klart for utprøving av senger for intensiv rehabilitering (SIR).

Hensikten med utprøvingen var å skaffe erfaringer for fremtidige etablering av SIR i Indre Østfold. Spesielt ønsket man å se på

- Samhandling: mellom døgnenheten, TVT og personens hjemmemiljø
- Teknologi: hvordan kan denne understøtte samhandling og personen.
- Prosedyrer: hvordan fungerer de foreslåtte prosedyrene
- Videreføring: etter opphold på seng for å sikre et helhetlig forløp
- Lokalsamfunnet: hvordan kan man innarbeide høyresiden av modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» i løpet av sengeoppholdet.

4.2.1. Om utprøvingen

På grunn av ombygging og flytting av lokaler ble utprøvingen noe kortere enn ønskelig. Utprøvingen varte i ca. tre måneder fra midten av mai til midten av august. Det ble satt som kriterie for å bli tatt med i utprøvingen at personene ikke skulle ha for høy pleietyngde. Utover det kunne personene ha ulike sammensatte problemstillinger. Videre var det et kriterie at personen var motivert og ble vurdert til å ha et rehabiliteringspotensiale. Lengden på opphold ble satt til maks 3 uker. Personene ble hovedsakelig rekruttert via det tverrfaglige rehabiliteringsteamet (TVT), men et par kom også fra døgnenheten/sykehus.

7 personer ble vurdert hvorav 6 personer ble tatt inn. Gjennomsnittsalderen lå på rundt 60 år, hvor den yngste var 42 og den eldste var 77 år. Det var en kvinne og 6 menn. Lengen på oppholdet var fra 8 til 21 dager med et gjennomsnitt på 15 dager. En person valgte å avslutte midtveis i oppholdet.

Det ble gjennomført en rekke funksjonstester ved oppstart og avslutning. Personene (fra 4 til 6 personer) ble testet med Short Physical Performance Battery (SPPB), Barthel, Grepsstykke høyre og venstre, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) utførelse og COPM tilfredshet samt 6 minutters gangtest. Noen av personene ble også testet med IPLOS adl (3), EQ5D (1), Mini Best (1) og MOCA (1). Videre ble antall treninger/behandlinger på egenhånd (31), med ergoterapeut (64), fysioterapeut (37) og andre helsefagarbeidere (1) registrert.

4.2.2. Evaluering og erfaringer

Følgforskerne deltok i Rehabiliteringsprosjektets evalueringsmøte og gjennomførte i tillegg separate intervjuer med 5 av de 6 personene som gjennomførte i etterkant.

Rammene for utprøvingen satte noen begrensninger. Det at det kun var to sengeplasser i en relativt begrenset periode, midt på sommeren med mye ferieavvikling, var noe uheldig. Det førte til en litt snever setting for personene, spesielt med tanke på det sosiale. For å kunne gjennomføre en forsvarlig utprøving ble det også satt krav til grad av funksjonsnivå for deltakerne. Det forklarer at enkelte av personene mente de kunne bodd hjemme hvis det hadde vært et egnet dagtilbud. De fleste personene var i det store og hele svært fornøyd med oppholdet og fikk en god funksjonsforbedring, mer enn de hadde forventet. Spesielt trekker de fram personalets holdning og måte å møte dem på som svært positiv og annerledes enn de er vant til. Nedenfor er noen uttalelser fra personer som gjennomførte rehabilitering på SIR.

Det var veldig god stemning og latter... Det er litt naturlig at man trekker ned gardinen i starten og synes ting er veldig urettferdig. Teamet klarte å snu det til å handle om fokus på å lykkes med de små målene underveis for å lykkes... Gikk inn for å trene fordi dette var viktig. Jeg var veldig ærlig med dem, fikk god dialog.. De forstod at de måtte pushe meg litt, samtidig som de aldri gikk ut over mandatet sitt... Føler at jeg har vært heldig som kom ut av sykdomsforløpet bedre enn forventet. (P1)

Det gikk mye bedre enn jeg hadde trodd på oppholdet. Det gikk fort framover. Det var litt forskjellig trening, gikk ute og styrketrening inne. (P2)

Alle jeg har vært i kontakt med på Helsehuset, fra den første samtalen, har vært med personer som er på rett plass.... Kan tenke meg at det er mange som har negative erfaringer med norsk helsevesen. Det å bli møtt på den måten teamet her har møtt meg på, på et veldig menneskelig og forståelig plan, tror jeg er viktig for mange som er fortvilet. Jeg tror det kan hjelpe folk. De smører systemet rundt sånn at alt blir lettere og så tar det kanskje kortere tid totalt. De har en god tone i teamet, og det handler nok om ledelse. Kontakten med sykehuset blir veldig kort og klinisk, mens de tar seg tid til å lytte til dine behov... Det kan være forskjellen på å bli en evig kasteball i systemet til å finne sin plass i samfunnet. Det kan være forskjellen på å bli en evig naver og det å komme seg tilbake i jobb. Er sikker på at det er superpositivt, det er jeg ikke i tvil om i det heletatt. (P3)

På spørsmål om det var noe som kunne vært bedre, ble det nevnt at omgivelsene ga en viss sykehjemsfølelse og at det var veldig stille på ettermiddager og i helger. Dette var ikke helt ideelt med tanke på trivsel og motivasjon for opptrening. Allikevel var de klar over begrensningene i utprøvingen og for de med sterkest motivasjon ser det ikke ut til at disse omstendighetene hadde så stor betydning. Enkelte av personene uttrykte at de kunne ha ønsket seg mer trening. Det kunne også være en utfordring at enkelte helserelevante avtaler utenfor oppholdet kolliderte med den planlagte treningen. Med flere sengeplasser og mer personale vil det kanskje være rom for større fleksibilitet med hensyn til dette.

Det var lagt opp til egentrening på kvelder og helger, men ikke alle klarte å motivere seg til dette i praksis. På den ene siden er personens egeninnsats sentral i rehabiliteringen, og på den andre siden er det viktig støtte opp under nettopp dette. Kanskje kunne forventning om egentrening vært kommunisert enda tydeligere på forhånd og underveis, og antagelig ville et mer stimulerende miljø bidratt til mer motivasjon. En av personene nevnte som eksempel at det på Sunnas finnes muligheter for å delta i aktiviteter avhengig av funksjonsnivå og interesse, slik som snekring, maling og gartnerarbeid. Det understreker betydningen av å ha et dagtilbud med læring- og mestring i tilknytning til sengeplassene.

Alle personene var veldig fornøyd med den fysiske opptreningen. Enkelte opplevde noen mangler i forhold til forventningene på andre områder, som f.eks. relatert til støtte på ernæring og kompetanse på psykiske utfordringer. Det ble nevnt at det ville vært en fordel om teamet ble styrket med en person som hadde psykisk helse som dedikert arbeidsområde.

Alle personene i utprøvingen opplevde at de hadde satt seg mål for treningen, men for noen var det uklarerhet med hensyn til om dette hadde noe med en individuell rehabiliteringsplan å gjøre. Videre var det for noen uklarerhet i hva som skulle skje i etterkant av oppholdet.

På tross av noen begrensninger ga utprøvingen mange viktige erfaringer, både praktisk og med tanke på omgivelsene. Man fikk testet ut mange ulike aspekter, alt fra etablering av prosedyrer og rutiner, effektmål, rekruttering, bruk av teknologi og samhandling med TVT. Rehabiliteringsprosjektet identifiserte en del forbedringspunkter som de tar med seg videre, som ytterligere justeringer og presiseringer av prosedyrer, roller og ansvar, behov og erfaringer knyttet til tidspunkt for fellesmøter, bruk og tilpassing av teknologi, og samhandling med lege med mer. Man erfarte at to uker er i korteste laget og at man bør tilby minst tre uker. En positiv effekt ved å ha sengeplasser for intensiv rehabilitering lokalisert på Helsehuset var at personer som har hatt sengeplass ved døgnenheten kan gå direkte til seng for intensiv rehabilitering, uten å måtte flytte til annet sted. Videre erfarte man at det er viktig å begynne å tenke på høyresiden av rehabiliteringsmodellen, dvs. personens lokalsamfunn, allerede fra starten av, da et to-tre ukers opphold går veldig fort.

4.3. Utprøving av dagtilbud

Som et ledd i å bygge helhetlige tjenester etter modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» anbefalte Rehabiliteringsprosjektet at det etableres et dagtilbud for personer som har behov for intensiv rehabilitering, men som ikke har behov for innleggelse. Videre ble det anbefalt at læring og mestring etableres som en integrert del av den kommunale rehabiliteringen og at det legges vekt på samhandling med miljøer for friskliv og folkehelse.

Høsten 2019 ble det gjennomført utprøving av følgende tilbud; gangtrening, smerte- og kolsskole samt VR briller for trening av slagarm. Følggeforskerne intervjuet til sammen 10 personer som deltok på gangtrening og smerte- og kolsskole.

4.3.1. Om tilbudet

Gangtreningen ble lagt opp med tre individuelle og intensive treningsøkter á ca en time per uke i fire uker. Den aktive treningstiden var på ca 45 minutter. Det var 9 deltakere.

Kols- og smerteskolene var et gruppetilbud over 8 ganger med 6 deltakere. De to skolene var lagt opp etter samme lest, med to timer undervisning fra 10-12, og deretter en time lunsj og så en time aktivitet til slutt. I undervisningsdelen ble ulike temaer tatt opp, tilpasset gruppens utfordring. I Kolsgruppen ble det undervist i temaer som sykdomslære, fysisk aktivitet og trening, medisiner og inhalasjonsteknikk, slimmobilisering, ernæring, psykisk helse, aktivitetsbalanse og rettigheter. Smertegruppen hadde en lignende struktur, med temaer som smertefysiologi, fysisk aktivitet, søvn, utfordringer i nære relasjoner når man lever med langvarig smerte, aktivitetsbalanse, aksept og psykiske belastninger og ernæring. I aktivitetsdelen ble det lagt opp til aktivitet inne eller ute. Det ble gjennomført styrketrening og tur i nærmiljøet. I tillegg fikk deltakerne prøve seg på å bruke teknologi, Nintendo Wii.

4.3.2. Evaluering og erfaringer

De to personene som hadde deltatt på gangtrening som ble intervjuet var fornøyd og opplevde at de hadde oppnådd stor forbedring. Opplegget ble beskrevet som veldig tøft, men helt nødvendig. Deltakerne beskrev at det var viktig å bli pushet, men at det også var viktig å være motivert i utgangspunktet. Formålet med utprøvingen av gangtrening var ikke å vurdere om tiltaket har effekt men å få praktisk erfaring med organisering, utstyr og opplegg.

De intervjuede deltakerne på kols- og smerteskolen var meget fornøyd med tilbudet og opplevde det som relevant og nyttig. Det var generell enighet om at varighet, hyppighet og innhold på kursene var passende og interessant. Foredragsholderne ble stort sett karakterisert som gode, og noen som spesielt gode og inspirerende. Deltakerne likte godt at tilbudet var lokalt, og også at de fikk mer informasjon om andre lokale tilbud av relevans fra de andre deltakerne. Dette kunne for eksempel være informasjon om aktuelle treningsgrupper. Smertegruppen påpekte at det hadde vært ønskelig å fått en undervisningsdag med NAV.

Selv om noen undervisningstemaer var mer relevante enn andre for de ulike deltakerne, avhengig av deres bakgrunn og tilstand, var det ingen som pekte på at noe var unødvendig eller unyttig. Noen synes det gikk litt fort og kunne ønsket seg noen flere dager.

Deltakerne anbefaler at det holdes flere slike kurs, og ville absolutt anbefale kurset til andre personer i tilsvarende situasjon som dem selv. Flere forslag til mindre forbedringer og justeringer av kursopplegget ble sendt til kurslederne. Det ble pekt på at kurset kunne være vel så nyttig for folk som er i jobb, men som sliter. Kanskje kan deltakelse på et slikt kurs bidra til at man kan gjøre justeringer i hverdagen som gjør det lettere å stå i jobb. Det at kurset foregikk på dagtid kunne være en utfordring i en slik sammenheng.

Liten gruppestørrelse og godt samhold ble framhevet som veldig viktig. Små grupper ga trygghet, tillitt og gjorde det enklere å ta opp spørsmål og problemstillinger. De opplevde at de ble sett og hørt, og at det var nyttig å møte andre mennesker som har tilsvarende utfordringer som en selv. Det er ellers lett å føle seg alene med sine problemer. Det at det var god tid til lunsj bidro til det sosiale og muligheter for erfaringsutveksling i gruppa. Treningsøktene ga inspirasjon til å komme i gang med trening på egenhånd.

Deltakerne syntes gruppesammensetningen var bra, selv om det ble pekt på at det var overvekt av kvinner. Blant uttalelser i enkeltintervjuene var «*Har fått en helt annen livslyst. De fikk meg med ordentlig. Motiverte, og backet meg opp hele veien.*», «*Det ble et litt likeverdig forhold – hadde det veldig fint som gruppe*» og «*Savner det samholdet. Noen nær meg som jeg kunne spørre om ting.*»

Det var få som svarte ja på spørsmål om de hadde videreført kontakten med de andre deltakerne på gruppa i etterkant. Lang reisevei ble nevnt som et hinder for regelmessig kontakt. Et annet tema som kom fram i enkeltintervjuene var at fastlegen ofte hadde liten tid eller kunnskap om deres tilstand.

Deltakerne trakk også fram bruk av spillteknologi som positivt for gruppen. Det førte til bra kontakt mellom deltakerne, og inspirerte både lag- og mestringsfølelse og konkurranseinstinkt. Enkelte satte slike spill på ønskelisten til jul da de så for seg at det var en fin aktivitet å gjøre med resten av familien.

Foredragene om psykiske aspekter ble trukket fram som spesielt bra fra begge gruppene. Allikevel kom det forslag om enda mer fokus på de psykologiske aspektene ved det å leve med sykdom over tid. Det å kommunisere egne behov på en god måte oppleves som utfordrende for mange. Det ble foreslått at man ser på muligheten for informasjon til eller undervisning for nærpå personer. Det kom forslag om mer utdyping av temaer knyttet kommunikasjon om egen sykdom og skam i tilknytning til kols.

Viktige erfaringer ved utprøving av dagtilbud er utprøving av rammer og organisering. I det videre kan man se på om dagtilbudet kan integreres enda bedre i modellen «samfunnsbasert rehabilitering». På hvilken måte vil slike kurs gi best effekt på sikt og hvordan kan det evalueres? Vil kursene fungere som «stand alone» eller bør de ses mer som en del av et helhetlig forløp inn i rehabiliteringsmodellen. Dette kan også sees i sammenheng med at flere uttrykte behov for mer individuell oppfølging i tillegg, men også at det var et ønske om at nærpå personer og fastleger fikk mer kunnskap slik at de kunne bli bedre støttespillere med tanke på mestring av situasjonen.

4.4. Ekstern formidling og erfaringsdeling

Rehabiliteringsprosjektet har brukt mye tid og krefter på erfaringsformidling og kompetanse-spredning til mange ulike aktører.

4.4.1. Om formidlingsarbeidet

Rehabiliteringsprosjektet har jobbet mye med informasjon, kommunikasjon og dialog med samarbeidsaktører som er viktige for å få rehabiliteringsmodellen til å fungere. Dette inkluderer aktører på begge sider av modellen «Samfunnsbasert rehabilitering», se Figur 1, på side 4. Prosjektet har utarbeidet og distribuert flere nyhetsbrev. Videre har de formidlet og diskutert resultater og erfaringer til fagmiljøer i Norge og internasjonalt. Dette inkluderer forelesninger på norske utdanningsinstitusjoner som Høgskolen i Østfold, OsloMet og Universitetet i Sørøst-Norge, men også møter med personer fra andre kommuner, ulike faggrupperinger og fagforbund. Videre har de vært i dialog med forskere ved OsloMet som er interessert i å forske på ulike aspekter ved rehabiliteringsmodellen, og det kan også være aktuelt at det gjennomføres masteroppgaver i tilknytning til prosjektet.

Rehabiliteringsprosjektet har deltatt på 27 ulike konferanser og seminarer, inklusive presentasjon på den internasjonale rehabiliteringskonferansen ACRM som ble avholdt i Chicago i November 2019. Videre har prosjektet hatt 19 besøk i løpet av 2019.

En viktig milepel var Erfaringskonferansen som Rehabiliteringsprosjektet arrangerte den 4 juni 2019. Konferansen ble holdt på Brennemoen Hotell i Østfold. Her deltok politikere, beslutningstakere, fagfolk og brukermiljøer. Viktige mål med konferansen var å formidle erfaringer med modellen, og å motivere beslutningstakere i Indre Østfold kommune til å satse på rehabilitering. Her holdt eksterne fagfolk innlegg, i tillegg til at Rehabiliteringsprosjektet presenterte case-historier og kost-nytte perspektiver. Budskapet var at tidlig tverrfaglig vurdering, riktig intensitet, samhandling og koordinering gir resultater.

Formidlingen fra Rehabiliteringsprosjektet har hatt fokus på ulike temaer avhengig av målgruppe og setting. Eksempler på temaer har vært helhetsmodellen samfunnsbasert rehabilitering, samhandling med andre aktører, tverrfaglig vurderingsteam, tverrfaglig samarbeid, bruk av teknologi i rehabiliteringen, personperspektivet og digital individuell plan.

Det tverrfaglig rehabiliteringsteamet (TVT) har også jobbet med opplæring av og avklaring av ulike spørsmål fra samarbeidspartnere. Det har vært gjennomført kurs i rehabilitering lokalt etter avtale hos fagpersoner i kommunene i Indre Østfold. Ansatte har også fått tilbud om E-link kurs ved behov, samt at TVT bistår med tanke på bruk av kartleggingsverktøy. De har også undervist og gitt opplæring på møter, for eksempel i hvordan man kan ta i bruk videomøter for mer effektiv samhandling i rehabiliteringsarbeidet.

Sist, men ikke minst har det vært jobbet aktivt med å heve fokuset og kunnskapen om rehabilitering blant politikere, beslutningstakere og virksomhetsledere i nye Indre Østfold kommune.

4.4.2. Spørreundersøkelse om rehabiliteringsprosjektets arbeid

Det ble gjennomført en anonym nettbasert spørreundersøkelse blant personer som har besøkt rehabiliteringsprosjektet. Lenke til spørreundersøkelsen ble sendt per e-post til 19 kontaktpersoner som har vært på besøk. Disse ble oppfordret til å distribuere spørreundersøkelsen videre til eventuelle andre personer som var med på besøket. Etter en ekstra påminning var det kommet inn 7 svar. Vi hadde håpet på noen flere svar, men valgte å avslutte fordi nyhetsbildet og antagelig fokuset til helsearbeidere da var begynt å bli ganske preget av koronaepidemien. Alle de syv svarene kom fra Sør-Norge og respondentene representerte tre ulike helsefaglige yrkesgrupper (lege, fysioterapeut og ergoterapeut). De hadde fått vite om prosjektet fra gjennom ulike fora, som via en artikkel i et fagblad, kollegaer og via faglige møteplasser.

På spørsmål om hva som var det viktigste de tok med seg fra besøket hos Rehabiliterings-prosjektet, framhevet respondentene følgende temaer:

- Personperspektivet og personens egne aktivitetsmål
- Tverrfaglig samarbeid
- Fokus på helhetlig forløp og samarbeid og flyt mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og sivilsamfunn

- Samarbeidet mellom teamet og de fysio- og ergoterapeuter i de ulike kommunene.
- Bruk av spillteknologi
- Samarbeidsmuligheter mellom kommunesektor og universitets- og utdanningssektor
- Forankring i kommunens ledelse
- Inspirasjon gjennom god atmosfære og gode brukerhistorier

Kommentarer til modellen «Samfunnsbasert rehabilitering»

Respondentene ble bedt om å gi kommentere til modellen «Samfunnsbasert rehabilitering». Her kommenteres det at "samfunnsbasert rehabilitering" er en god og dekkende betegnelse, og at figuren er flott og illustrerende. Modellen støtter opp om en bærekraftig helsetjeneste. Den omtales som god, oversiktlig og beskrivende, men at innholdet og flyten antagelig er betydelig mer komplisert enn figuren gir inntrykk av. Oppgavefordeling og ansvar ser ut til å være glidende, og dette kan medføre utfordringer i samarbeid med samarbeidspartnere, men også for bruker. Er det tydelig hvem man til enhver tid skal forholde seg til? Forventningene til teamet vil bli store, og for de involverte kan kanskje flyten bli utydelig?

Samtidig kommenterer flere på viktigheten av personperspektivet og å se hele mennesket, og ikke bare den delen som en gitt profesjon skal behandle. Andre prosjekter og fagutøvelse begrenser seg vanligvis til det fagprofesjonene bidrar med, mens Rehabiliteringsprosjektet tenker på hele menneskets livssituasjon. Personperspektivet flytter fokuset fra diagnose eller kroppsfunksjoner til personen som en aktiv ressurs hvor målsettingen er hverdagsaktivitet og samfunnsdeltakelse. Dette står i kontrast til et syn på brukeren som en passiv pasient eller bruker av helsetjenester. Man ser at det er nødvendig å arbeide kunnskapsbasert, med tverrfaglig samarbeid og god dialog for å få dette til.

En mener at denne modellen er den mest lovende modellen i Norge for tiden, samtidig som den kan være krevende å implementere fordi den forutsetter deltagelse fra aktører utenfor heletjenesten. Men, dersom man lykkes vil det gi god ressursutnytting, og det kan være at lokalsamfunnet er mer modent for dette tankesettet nå enn tidligere.

Flere peker på at det kan være utfordrende å få prioritert den samfunnstilknyttede delen av rehabiliteringen, både økonomisk og praktisk. I en travel hverdag er det ofte de vanlige tingene, og det som det er enklest å gjøre noe med som prioriteres. Samfunnsbasert rehabilitering går ut over dette, har et lengre tidsperspektiv og involverer flere livsarenaer. Dette setter krav til samarbeidslinjer, rolle-, arbeids-, og ansvarsfordeling.

Blant andre aspekter som trekkes fram som positive er tanken om en utvidet teammodell, som trekker på andre fagområder/grupper, som sosionom, psykisk sykepleier, ernæring, og kognisjon i tillegg til sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. I tillegg framheves det at man raskt tar imot pasientene og setter i gang tidlige, koordinerte og personrettede tiltak.

Det nevnes at bruk av teknologi er bra så lenge det er fundert på kunnskap om positive effekter slik at bruk av teknologi ikke blir et mål i seg selv. Det er derfor fint at det ser ut til at teknologi og logging av resultater fører til motivasjon til å trene og bli bedre, og gjør det lettere for personen selv å ta ansvar for egen helse.

Utfordringer med modellen

Respondentene peker også på utfordringer med modellen. Det kan være en utfordring å arbeide kunnskapsbasert når begrepet rehabilitering stadig er i endring. Det kan da være en fare for at begrepet blir utvannet og mister sin betydning. Det har allerede skjedd en endring fra den mer medisinske definisjonen av rehabilitering til ny offisiell definisjon. Det ser ut til at Rehabiliteringsprosjektet innlemmer enda mer i begrepet. Det oppleves som at det etter hvert er lite som ikke omfattes av begrepet. Det kan føre til at man får behov for å benytte andre ord, f.eks. opptrening om aktiviteten som utføres av fysio-, ergoterapeut og lege, mens rehabilitering omfatter samhandlingen og alt det som skjer rundt. Det kan da være en fare for at det rundt blir nedprioritert i budsjetter og lignende, og dermed er man like langt.

Blant andre utfordringer trekkes det fram at det handler om en holdnings- og kulturendring, hos politikere, innbyggere, men ikke minst blant helsepersonellet. Det kan være vanskelig og krevende å finne flyten i tjenesteapparatet, både for bruker og for ansatte ute i tjenestene. Derfor må et slikt team ha gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter. De må oppfatte seg som en del av en integrert del av kommunetjenesten og kunne motivere og inspirere sine samarbeidspartnere og den utøvende kommunetjenesten.

En respondent påpeker at den store utfordringen antagelig er knyttet til vilje til å tenke annerledes, og til finne nye løsninger. Ikke minst anser vedkommende som en utfordring å få politikere og byråkrater til å innse at en tidlig koordinert innsats innen rehabilitering fører til at flere kan komme tilbake i jobb, at flere kan klare seg mer selv, og at det derved kan spares på pleiebudsjettene.

Endringer i egen praksis som følge av besøket

Det ble også spurt om respondentene har endret noe i egen praksis som følge av besøket. Noen har allerede startet et arbeid mot å innføre lignende arbeidsprosesser. Besøket var et ledd i å innhente erfaringer og inspirasjoner fra andre tilsvarende enheter. Dette ga trygghet på at man tenker mye likt og inspirasjon til å planlegge videre satsing i egen kommune.

Møtet med Rehabiliteringsprosjektet har også bidratt til en enda større oppmerksomhet på viktigheten av hele tiden å ha fokus på personen i et rehabiliteringsforløp. Det har bidratt til mer oppmerksomhet på hvordan det kan oppleves for personen å forholde seg til mange instanser samtidig. Selv om tjenesteapparatet har oversikt over ansvar og roller, kan det være vanskelig for personen. Videre nevnes det at besøket har inspirert til å tenke nytt på flere områder. For eksempel å vurdere studentpraksis, å bruke prosjektet som et godt eksempel, å opprette et ambulerende og tverrfaglig

rehabiliteringsteam, å foreslå tiltak innen teknologi i egen virksomhet, f.eks. bruk av virtuell trening, spill og apper. Det har også bidratt til at personperspektivet vurderes opp mot høye skott mellom profesjoner og enheter i egen kommune. Besøket har inspirert til å være enda mer pådriver for dette i egen kommune.

Innspill til ytterligere spredning av resultater og modellen

Det å spre modellen til flere kommuner kan være en utfordring. Det gis flere innspill til hvordan Rehabiliteringsprosjektet kan spre sine resultater ytterligere. Samfunnsbasert rehabilitering kan ses på som 3.0-utgaven av hverdagsrehabilitering, og kanskje kan man derfor lære noe fra spredningen av dette. Det hevdes at en viktig grunn til at hverdagsrehabilitering lyktes var at det ble framsnakket på tvers av profesjoner. Det kan også være viktig å spille på lag med fagforeninger, pensjonistforbundet, og andre brukerorganisasjoner. En respondent mener det er behov for ***et politisk støttet nasjonalt prosjekt*** for å støtte innføring i flere kommuner. Men, dersom Rehabiliteringsprosjektet skal ha overføringsverdi, så må man være oppmerksom på at det er svært vanskelig å sammenligne kommuner eller bydeler fordi organisering av tjenester er svært forskjellig. Da blir det viktig å ha desto større fokus på det faglige innholdet. Samtidig oppfattes prosjektleder som en dyktig formidler. Det blir nevnt at man har inntrykk av at klinikere har et godt inntrykk av prosjektet og resultatene. Prosjektet rådes derfor til å legge fram resultatene og innsatsfaktorene på en måte som gjør at politikere og byråkrater ser hvor mye det er å vinne på denne typen innsats. Dette krever god dokumentasjon og synliggjøring av kost-nytte og argumentasjon knyttet til bærekraftsmålene. Videre oppfordres prosjektet til å delta i undervisning av helsepersonell, og at resultatene omsettes i forskning og publiseres i fagfelleverderte tidsskrift.

Innspill til følgeforskning

Respondentene kom med flere innspill til følgeforskning. Det bør forskes på kost-nytte i tilknytting til en bærekraftig helsetjeneste. Et annet tema som foreslås er samarbeidsmodeller i utvikling og tilpasning av teknologi i rehabilitering. Her bør man se på hvilken rolle helsepersonell skal ha i utviklingsprosesser hvor samarbeid med teknologer er nødvendig, og hvordan man kan sikre at teknologiutviklingen møter brukerens behov. Et annet tema handler om hvordan prosjekter som innebærer samarbeid mellom kommuner, helseutdanninger og teknologiutdanninger kan inngå både som utdanningsprosjekter og utviklingsprosjekter. Hvilke aspekter bør man se på når man skal måle effekt av teknologi? Kan teknologi forsterke borgeres opplevelse av tilhørighet i et nærmiljø? Hva skal til for å få til gode samarbeidslinjer i tjenesteapparatet? Hva motiverer brukere underveis i rehabiliteringsforløpet, f.eks. indre motivasjon, relasjoner, eller kommunikasjon. Hvordan kan resultatene presenteres på en måte som gjør at forskere generelt, og forskningsrådet spesielt ser at dette er et område som er viktig for befolkningen og med store potensielle gevinster? Det er ønskelig, ikke bare med case-studie, men også med vurdering av generaliserbarhet, overføringsverdi og forutsetninger for suksess.

Et par av sluttkommentarene i spørreundersøkelsen lyder slik «*IRIØ inspirerer!*» og «*Lykke til videre!*»

4.4.3. Rehabiliteringsprosjektets budskap inn i ny kommuneplan

Budskapet om rehabilitering som en måte å tenke på ser ut til å ha nådd ut til beslutningstakere i Indre Østfold kommune. I den nye kommuneplanen er rehabilitering tatt inn blant satsingsområdene. Her står det blant annet at det nasjonale forsøksprosjektet “Innovativ rehabilitering” ved Helsehuset skal innlemmes i Indre Østfold kommune fra 1 januar 2020. Tiltakene i prosjektet skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i samsvar med de politiske målene om større ansvar til kommunene. Videre er «*Økt fokus på rehabilitering og egenmestring*» et av satsingsområdene i den nye kommunen. For å møte framtidige utfordringer og befolkningsutvikling så må fokus «*..gradvis dreies fra pleie og omsorg til rehabilitering*».

4.4.4. Evaluering av ekstern formidling

Prosjektet har jobbet bredt med formidling. Det er stor etterspørsel etter å få eksempler på hvordan man kan gjøre ting i praksis. Det virker som prosjektet nyter stor tillit i fagmiljøene, og at det er i ferd med å etablere seg til et nasjonalt referanseprosjekt. Prosjektet opplever at det har vært god dialog med helsedirektoratet i 2019. Muligheten til å melde inn prosjektet til e-helsedirektoratet med tanke på utarbeide en nasjonal digital strategi for rehabilitering bør vurderes, jmf. punk 6.4.2 om Nasjonal e-helseportefølge og e-helsetiltak av nasjonal betydning i forslag om ny e-helselov (*Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven)*).

Prosjektet har antagelig størst overføringsverdi for interkommunale selskap eller kommuner som dekker rundt 50 000 innbyggere. Det er behov for mer arbeid knyttet til anbefalinger for skalering og dimensjoner av de ulike elementene i modellen, slik at helhetsmodellen kan implementeres andre steder.

4.5. Vurdering av implementeringsprosessen

For å gi en oversikt over og for å kunne vurdere hvordan prosjektet har arbeidet med dette gjennom de fire årene har vi tatt utgangspunkt i et rammeverk for implementering (Powell et al., 2015; Waltz et al., 2015).

Rehabiliteringsprosjektet har brukt mange implementeringsstrategier aktivt og arbeidet iterativt med utvikling og implementering i de fire årene prosjektet har hatt finansiering. Denne vurderingen er en helhetlig vurdering basert på en gjennomgang og diskusjon av de forskjellige implementeringsstrategiene sammen med prosjektleder. Resultater fra analyse av det andre datamaterialet som er samlet inn lå som et bakteppe for dialogen.

Involvere brukere innebærer aktivt samarbeid og samskaping. I prosjektet har dette hele tiden vært kjernen i personorienteringen som er fundamentet for den Samfunnsbaserte

Rehabiliteringsmodellen. I prosjektet er fagpersoner også «brukere» da innføring av en ny tjeneste vil endre hvordan fagpersoner samhandler og arbeider. Prosjektet har siden start hatt stor grad av involvering av brukere. *“Det er grunnleggende for rehabiliteringsprosessen at personen, som av en eller annen grunn har opplevd et funksjonsfall, blir klar over hvilke muligheter som er tilstede for å gjenvinne funksjon, samt at vedkommende kjenner til sine rettigheter og plikter som følger med en slik prosess. Ofte har kanskje rettigheter blitt tillagt vesentlig vekt. For arbeidsgruppen har det vært viktig at det også fokuseres på ansvar, selv om det ikke skal redusere personens rettigheter.”* (Lein et al., 2018). TVT har hele tiden tatt personperspektivet som utgangspunkt for sin virksomhet.

Involvering av brukere i 2019

I 2019 er arbeidet med referansegrupper videreført slik at det har vært kontinuitet i dette arbeidet. Det er arrangert flere møteplasser der dedikerte brukere ble invitert inn. Særlig er representanter hentet inn spesifikt både på individnivå og systemnivå. Strategien rundt dette arbeidet er basert på tidligere års erfaringer og viktigheten av å *kunne skreddersy brukermedvirkningen*, avhengig av hva de ulike møteplassene skulle svare ut.

Arbeidsgruppen fra 2018- referansegruppe, tillitsvalgte, og en ung mann som selv hadde vært i en situasjon med behov for intensiv rehabilitering ble hentet inn. Det har også vært jevnlig møter med referansegruppen for personer med nedsatt funksjonsevne og elderrådet.

I ny kommune skal alle råd og utvalg velges på nytt, og IRIØ -prosjektet må rigge ny referansegruppe. Leder for råd for personer med nedsatt funksjonsevne og eldre er i dialog om hvordan de ønsker å organisere det, men det tar litt tid før de nye rådene er etablert. Det er ønskelig å etablere ny referansegruppe med 6-8 personer. Det er ikke kjent hvor mange av de gamle representantene som skal være med videre.

Erfaringskonferansen som ble holdt i juni 2019 var også viktig strategisk aktivitet. Deltakere på denne konferansen var samarbeidsaktører, politikere, virksomhetsledere i ny kommune og brukere.

Prosjektet arbeider systematisk med egenevalueringer, og har i tillegg til følgeforskernes evaluering hatt en egenevaluering på seng med selvrapporing fra mottakere av tjenesten. Også de som yter tjenestene er «brukere» i denne sammenhengen. Det har vært løpende dialog og tilbakemelding fra de prosjektet samhandler med og de aktiviteter som TVT-teamet står i. Leder av TVT-teamet fungerer som prosjektkoordinator og tar dette med i stabsmøter og har en løpende dialog. Læring og mestringstilbudene hadde egne evalueringer etter smerte og kolsskole om hvordan de opplevde gruppene, samt dialog med fastleger som var knyttet til dette.

Prosjektgruppen erfarer at samarbeidspartnere har lav terskel for å si fra om noe lugger, slik at det er lettere å ta tak i ting tidlig.

Anvende vurdering og iterative strategier. Dette innebærer å identifisere hemmere og fremmere, utvikle og organisere kvalitetssikringssystem, utvikle formelle planer for implementering, utvikle gradvis i sykliske prosesser, identifisere lokale behov, innhente feedback fra involverte parter. Prosjektet har i stor grad arbeidet etter disse prinsippene.

Anvendelse av vurdering og iterative strategier i 2019

En sentral arbeidsmetodikk i prosjektet har vært kontinuerlig videreutvikling av deler av den helhetlige rehabiliteringsmodellen med utprøving av delaktiviteter som skal fungere som helhet når modellen er ferdig utviklet. Et viktig moment er at aktivitetene som prøves ut ligger så nær varig tjeneste som mulig. Delmålet om etablering av faste rehabiliterings-senger på helsehuset har blitt noe forsinket i og med ombygging av helsehuset i Askim; men utprøvingen i 2019 har gitt meget viktige erfaringer, også knyttet til integrering og deling av data mellom helsehus og kommunen.

Hele omorganiseringen og det at det har blitt en felles kommune har også forsterket prosessen *fra prosjekt til drift*. Prosjektet har hele tiden benyttet Helhetsmodellen for Samfunnsbasert Rehabilitering som en «rød tråd», og da den nye kommunen skulle etablere seg var det naturlig å etablere rehabilitering som en egen enhet istedenfor å plassert den under helse- og omsorg. Dette medfører at prosjektet fra 2020 eier sin egen utvikling, fokusområde og egen faglighet, har egne budsjetter og selv rapporterer på egne resultater, samtidig som de er en integrert del av institusjonen. Prosjektet anvender også i stor grad *egenevaluering og devaluering av tiltak* og aktiviteter.

Tidligere var rehabilitering underlagt helse- og omsorg i de syv kommunene som helsehuset betjente. Prosjektet har tidligere vært i dialog med og lært av kommuner som har rehabilitering og egne senger til rehabilitering som eget område i organisasjonen. Dette ser ut til å gi best resultater for rehabiliteringsaktivitetene, og det har vært viktig å kunne kommunisere dette inn i ny organisasjon.

Utprøving av Hverdagsrehabilitering er nå også lagt under den nye enheten for Rehabilitering, læring og friskliv i tett samarbeid med enhet for hjemmebaserte tjenester. Fylkesmannen hadde bevilget penger til utprøving og det var laget en prosjektplan, men grunnet Covid-19 ligger dette på vent. Her arbeides det foreløpig teoretisk for å utdype forholdet mellom intensiv rehabilitering og hverdagsrehabilitering nærmere, da begge typer rehabilitering er nødvendig. Håpet er å få gjennomført en utprøving sammen med hjemmebaserte tjenester i rehabiliteringsprosjektet i løpet av høsten 2020.

Endre infrastruktur innebærer å ha mandat for endring, endre fysisk struktur og utstyr, endre steder der tjenester tilbys, endre lovgiving og utvikle en organisasjon for spredning. Prosjektet har hele tiden arbeidet systematisk for å få mandat i stadig nye strukturer; inn mot departementet for å få nasjonalt mandat og det siste året i forbindelse med kommunesammenslåing. Det er utviklet

anbefalinger og konkrete planer for lokalisering og interaksjon med andre tjenester som blir realisert fra 2020.

Arbeid med infrastruktur i 2019

Prosjektet har høsten 2019 vært preget av en forberedelse til hvordan den nye enheten «Rehabilitering, læring og friskliv» skal organiseres og fungere in den nye kommunen Indre Østfold. Dette medfører også en ny måte å arbeide på.

Prosjektets tjenesteutviklingsfokus i 2019 har vært rettet mot a) hvordan TVT skal fungere i ny kommune, b) hvordan hverdagsrehabilitering kan fungere som en infrastruktur i helheten, c) strukturen rundt rehabiliteringssenger og TVT og d) strukturen rundt dagtilbud.

Utprøvingene ga en indikasjon på hvordan de ulike elementene påvirker hverandre, f.eks. om dagtilbudet vil påvirke behovet for antall senger. Det er det jobbet ganske mye med i 2019. Den nye enheten er også et eksempel på en endret infrastruktur, som medfører en ny måte å jobbe på.

Teknologisk infrastruktur har også hatt sterkt fokus. Utprøving av senger sommeren 2019 ga også anledning til å teste ut Imatis som et prosessverktøy mellom senger for intensiv rehabilitering og TVT. I ny kommune er det ny E-helse avdeling og ny avdeling for innovasjon og kommunikasjon, med hver sin nye kommunaldirektør. Det arbeides med å utvikle samarbeid, og dette vil ha stort fokus i 2020, når den nye kommunen er i drift. IRIØ prosjektet har hele tiden hatt forskning og innovasjon i fokus (både tjenesteinnovasjon og rehabiliteringsteknologiinnovasjon) – og det er behov for avklaring av hvilke fullmakter den nye rehabiliteringsenheten skal ha fremover. Mye innovasjon og utvikling bør skje tettest mulig på tjenestene slik at brukerne (inkludert tjenesteleverandører som helsepersonell) er med på å forme utviklingen som angår dem selv (Eide & Eide, 2020).

Prosjektet er i front på anvendelse av rehabiliteringsteknologi. Den nasjonale utrulling av velferdsteknologi er kommet mye kortere, og derfor er det fremover behov for å se disse typer teknologier opp mot hverandre; og hvor forvaltning av digitale helseløsninger (e-helseløsninger) skal «eies» og driftes i ny kommune. Slik det har fungerer til nå, har hele rehabiliteringsteknologi-sporet vært en «silo» i kommunen der IRIØ-prosjektet har styrt alt selv, inkludert opplæring og support på utstyret. Studier av implementering av velferdsteknologi har dokumentert behovet for at IKT er tett involvert og del av et tverrfaglig team med service 24/7 hvis det skal fungere godt (Dugstad et al., 2019)(Nilsen et al., 2016).

Rehabiliteringsprosjektet har gjort en god del manuelt registreringsarbeid for å kunne gjøre kvalitetsforbedring og dokumentere hva som har blitt gjort og endring i funksjon. Det er fortsatt behov for å automatisere data fra rehabiliteringstjenesten inn i journalsystemet og kobling mellom prosjektets kvalitetsregister og journalsystem.

Planer for samhandling mellom IRIØ og sykehus i regionen (Østfold og Vestfold) er satt på vent; og også planer om samarbeid om å søke Innovasjon-Norge midler for innovative tjenester rundt slagpasienter.

Bruke økonomiske strategier: Dette innebærer aktiviteter som å finne ny finansiering, og å endre insentivstruktur. Fordi dette er en statlig finansiert helsetjeneste vil noen av de delstrategier Waltz et al (2015) foreslår ikke være aktuelle i Norge.

Økonomiske strategier i 2019

I 2019 har det vært mye fokus på å sikre å få med midler inn i avdelingen. Det er viktig at dette fokuset forsterkes i 2020, slik at avdelingen får nok økonomisk handlingsrom, også til å arbeide med nye satsninger og søknader om finansiering av utviklings – og forskningsprosjekter. Det er fortsatt utfordrende i en kommune med presset økonomi å sikre tilstrekkelig økonomisk handlingsrom. Kvalitetsregisteret gir grunnlag for å vurdere effekten av rehabiliteringen i forhold til en persons funksjonsforbedring; men det er vanskelig å lage en virkelig verdivurdering av hva som vil være de reelle gevinstene av dette tiltaket (se også seksjon 4.1.8).

Støtte klinikere: Dette innebærer å utvikle nye kliniske team, sørge for at klinikerne har tilgang til kliniske data som de trenger for å utføre arbeidet, endre profesjonelle roller, utvikle avtaler for å dele på ressurser.

Arbeid med å støtte klinikere i 2019

På dette området er det kontinuitet i arbeidet. Det er en fordel at mange av de klinikerne (dvs. de kommunale terapeutene) IRIØ-prosjektet har arbeidet med tidligere fra 2020 er en del av avdelingen. De vil arbeide enda tettere enn før og det er en stor fordel. Dette vil også medføre at det er lavere terskel for å ta opp utfordringer i samarbeidet mellom TVT og klinikerne fordi de har hyppigere kontaktpunkter og, hyppige enhetsmøter med over 20 deltakere. Det har vært behov for å snakke om hvordan man skal samarbeide og hvordan utvikling skal være; og avklaringer rundt ansvar og roller. Dette er nå på plass.

Trene og utdanne interessenter innebærer å gjennomføre trening, gi veiledning og å utvikle utdanningsmateriale.

Trene og utdanne interessenter i 2019

Dette er noe prosjektet har gjort kontinuerlig siden starten. Det ble utviklet et E-link kurs i 2018 som interessenter har fått ved behov. TVT bistår når andre skal ta i bruk kartleggingsverktøy og hjelper til

avklaringer. Det gjennomføres nå kompetansekartlegging for alle i enheten for å utvikle en kompetanseplan som kan danne grunnlag for å vurdere hvem som skal få tilbud om kursdeltakelse og etter- og videreutdanning. Dette kommer inn i en kompetanseplan, sånn at det ikke blir ad hoc, hvem som har lyst å gå på hvilke kurs.

Hjemmesykepleie og andre ute på avdelinger får fortløpende avklaringer hvis de har spørsmål knyttet til rehabilitering. IØ kommune arbeider med å klargjøre en funksjonsfordeling knyttet til hva som skal være på de ulike institusjonene i de fem kommunene, og hvor senger for intensiv rehabilitering skal være i påvente av ferdigstilling av ombygging av helsehuset i Askim. Det er utarbeidet en plan for å strømlinjeforme korttidsrehabilitering på to steder (Edwin Rud og Løkentunet i Eidsberg og Askim), men utprøving av dette er utsatt pga Covid-19 situasjonen.

Det er godt samarbeider med de ulike avdelingslederne på sykehjemmene.

Sørge for interaktiv assistanse innebærer å tilby veiledning, fasilitere, men også gi teknisk assistanse. En viktig del av TVTs funksjon er veiledning. Teamet har også opparbeidet seg god kompetanse på anvendelse av videokonferanseutstyr og spill og treningsprogrammer i rehabiliteringsprosessen

Interaktiv assistanse i 2019

IRIØ-prosjektet har aktivt støttet andre og gitt opplæring i å bruke video i overføring av pasienter og har bistått med å låne ut brukerkontoer på Norsk Helsenett slik at overføringsmøter på video kan gjennomføres. I den forbindelse er det laget interne rutiner for oppkobling som er delt med de som trenger det.

Virtuell trening (VT) er et sentralt hjelpemiddel i hjemmet og høsten 2019 er det laget en plan for hvordan VT skal rulles ut til alle terapeutene som er knyttet til enheten, og ikke bare brukes av TVT.

Det forventes at erfaringer som følge av COVID-situasjonen vil gjøre det lettere å koble på både fastleger og sykehus for tverrfaglige videokonferanser; også hjemme hos pasienten hvis det er behov for det.

Tilpasse og skreddersy til den spesifikke konteksten: Dette området dreier seg både om hvordan en modell eller intervensjon tilpasses til de lokale forholdene og om hvordan teknologi kan understøtte dette. Modellen for samfunnsbasert rehabilitering er inspirert av en modell fra en helt annen kontekst. Prosjektet har arbeidet for å utvikle modellen slik at den kan fungere i Indre Østfold, og samtidig ha overføringsverdi til andre kommuner som skal tilby intensiv rehabilitering i kommunen.

«Skreddersøm» 2019

I overgangen fra å være et interkommunalt prosjekt, til å integreres i en enhet som ikke fantes før, og inn i en helt ny organisasjon, har vært krevende. For å møte dette har prosjektet vært fleksible og på tilbudssiden og tatt mye initiativ. Dette innebærer også en test på om rehabiliteringsmodellen står seg i denne nye konteksten. Prosjektet har fått mye anerkjennelse for helhetsmodellen, som overordnet har de samme målene som de ulike seksjonene i IØ kommune har; inkludert FN's bærekraftsmål, som ligger som et fundament i planen for IØ kommune. Helhetsmodellen står seg godt og det blir bekreftet fra mange hold at man har et felles målbilde.

Internasjonalt på rehabiliteringskonferansen i Chicago fikk modellen også godt gehør, og relevans ble også bekreftet gjennom andre innlegg og foredrag.

Nasjonalt får modellen også god respons; å arbeide med høyrresiden er fortsatt en utfordring, men disse utfordringene er nasjonale og internasjonale. Avdelingen har nå 4 prosjekter som er meget relevante for å få et økt fokus på de helsefremmende og forebyggende perspektivene, og som kan støtte videreutvikling av høyrresiden av helhetsmodellen. Disse prosjektene gir en flott mulighet til å se innovativ rehabilitering, hverdagsrehabilitering, frisklivssentral og læring og mestring i sammenheng; og også se hvordan teknologi kan støtte opp under disse prosessene. Tabell 3 gir en oversikt over hvordan disse implementeringsstrategiene er anvendt i årene fra 2016 -2019.

| Strategi | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------|------|------|------|
| Involvere brukere | +++* | +++ | +++ | +++ |
| Anvende vurdering og iterative strategier | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Endre infrastruktur | + | ++ | +++ | +++ |
| Utvikle relasjoner mellom interessentene | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Bruke økonomiske strategier | + | ++ | ++ | +++ |
| Støtte klinikere | | ++ | ++ | +++ |
| Trene og utdanne interessenter | | + | ++ | +++ |
| Sørge for interaktiv assistanse | + | ++ | ++ | +++ |
| Tilpasse og skreddersy til den spesifikke konteksten | ++ | ++ | ++ | +++ |

Tabell 3: Implementeringsstrategier i årene 2016-2019

5. Referanser

- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien*, 105. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Arbeidsgruppen SIR. (2017). *SENGER FOR INTENSIV REHABILITERING. Arbeidsgruppens levering. Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.*
- Dehli, K. A., Devold, K., Kobbevik, Å., Paulsen, I. T., & Johansen. (2017). *Prosjektrapport. Forslag til Handlingsplan 2017-2020* (Helsehuset IRIØ IKS). Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.
- Dugstad, J., Eide, T., Nilsen, E. R., & Eide, H. (2019). Towards successful digital transformation through co-creation: A longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in residential care for persons with dementia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4191-1>
- Eide, H., & Eide, T. (2020). Digital helse, læring og mestring. In A. Vågan (Ed.), *Helsepedagogiske metoder: teori og praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2017). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, Følgeevaluering delrapport 1* (No. 12; Høgskolen i Sørøst-Norge Skriftserien, Vol. 7). Høgskolen i Sørøst-Norge & Oslo MedTech. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2568719>
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2018). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, Følgeevaluering delrapport 2* (Skriftserien Fra Universitetet i Sørøst-Norge, Vol. 7). Universitetet i Sørøst-Norge. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2568719><https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444139>
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2019). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering: Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS Følgeevaluering, delrapport 3* (Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge, Vol. 33). Universitetet i Sørøst-Norge.
- Johansen, I., Lindbaek, M., Stanghelle, J. K., & Brekke, M. (2011). Effective rehabilitation of older people in a district rehabilitation centre. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(5), 461–464. <https://doi.org/10.2340/16501977-0792>
- Johansen, I., Lindbak, M., Stanghelle, J. K., & Brekke, M. (2012). Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. *BMC Health Services Research*, 12(1), 400. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-400>
- Lein, A., Skaar, A. L. R., Nilsen, A. J., Johnsen, A. S., Moseby, D., Syljuåsen, G., Paulsen, I. T., & Kjendlie, T. (2018). *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), 657. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. A. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, *10*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>

Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven). regjeringen.no.

Waltz, T. J., Powell, B. J., Matthieu, M. M., Damschroder, L. J., Chinman, M. J., Smith, J. L., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*, *10*(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0295-0>

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 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, kap. 21).

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 kompensierende 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 kompenserende tjenester

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

«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.»

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Vedlegg 2: Sammendrag følgeforskning 2018

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

- Forankring og ny kommunestruktur
- Helhetlige forløp og lokalsamfunnet som ressurs
- Etablering av tjenester, inklusive sengepost og drift av TVT
- Ernæring i et rehabiliteringsforløp
- Anvendelse av teknologi
- Informasjon og spredning av erfaringer og kompetanse

Følgeforskernes hovedinntrykk

- Rehabiliteringsprosjektet har systematisk arbeidet videre med å innarbeide modellen «samfunnsbasert rehabilitering». De har særlig jobbet med drift og samhandling, etablering av sengepost, innarbeiding av den høyre siden av modellen, bruk av teknologi, samt forankring i ny kommunestruktur.
- Det ambulante tverrfaglige rehabiliteringsteamet (TVT) fører med seg mange positive effekter. I tillegg til den tverrfaglige vurderingen, bidrar de til tidlig og intensiv rehabilitering, og til involvering og koordinering av spesialister og fagressurser (f.eks. logoped og jobbspesialist) som ellers ofte ikke ville blitt involvert. De bidrar til spredning av rehabiliteringskompetanse blant fagfolk i kommunene. De prøver ut og benytter teknologi i rehabiliteringsløpet, og de bidrar til bedre samhandling, både gjennom koordinering og gjennom bruk av video-teknologi.
- TVT har tatt personperspektivet på alvor. Det daglige arbeidet med personorientering og involvering av lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringen har avdekket ulike grenseoppganger og etiske utfordringer. Det er naturlig, bra og viktig at prosjektet setter av tid til etisk refleksjon for å håndtere disse utfordringene.
- Motivasjon er viktig og inngår i vurdering av personens rehabiliteringspotensial. På den ene siden må personen være villig til å gjøre en egeninnsats, på den andre siden er motivasjonsarbeid en viktig del av rehabiliteringsarbeidet. Blant tiltak og verktøy som anbefales for å bidra til motivasjonen er tiltak som TVT allerede benytter, slik som kartlegging av personens aktivitetsutførelser (COPM), tett oppfølging, samt bruk av digitale verktøy som trening med spilleelementer. Blant tiltak som kan bidra ytterligere er styrking av teamets kompetanse innen psykisk helse, legge til rette for at personen kan delta i sosiale sammenhenger, f.eks. i samarbeid med frivillige lag og foreninger eller på dagtilbud med læring og mestring, dialog og refleksjon sammen med erfaringsarbeidere og likepersoner, samt legge til rette for oversikt og egenmonitorering gjennom elektronisk individuell plan.
- Det er fortsatt noe uklareheter rundt grenseoppgangen mellom TVT og hverdagsrehabilitering
- Det er ulike oppfatninger om hvor hensiktsmessig nåværende henvisnings- og

vedtaksrutiner er. Det er knyttet mye arbeid til skriving av vedtak, og det er et ønske at man ser nærmere på hvordan man kan effektivisere, rasjonalisere og unngå dobbeltarbeid i den forbindelse.

Følgerevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

Personorientering og videre utvikling av samfunnsbasert rehabilitering:

- Etablering av dagsenter med treningsgrupper, læring og mestring vil kunne møte et hittil udekket behov.
- Vurdere å styrke TVT med kompetanse på psykisk helse
- Forsterke arbeidet med å utvikle en digital individuell rehabiliteringsplan som også er tilgjengelig for personen.
- I samarbeid med frivilligheten fokusere på aktiviteter og sammenhenger som gir opplevelse av likeverd, f.eks. etablering av grupper. Vurdere muligheten for å organisere og systematisere likepersonsarbeid.
- Fagpersoner i kommunene er usikre på hvilket handlingsrom de har når det gjelder å involvere frivillige. De har behov for retningslinjer og avtaleverk for å avklare grenseoppgangen mot frivilligheten, f.eks. når det gjelder ansvarsfordeling og taushetsplikt.
- Verktøyet Nyby kan bidra til enklere involvering, koordinering og samarbeid med frivillige. Det ser ut til at verktøyet foreløpig er lite kjent blant fagpersoner i kommunene. Det blir viktig å gå ut med informasjon og tydelige retningslinjer for når og hvordan man kan involvere frivillige, inkludert enkel instruksjon i bruk av verktøyet.

TVT's organisering og kapasitet

- Det vil fortsatt være behov for å fokusere på dimensjonering, organisering og samhandling for TVT. Dette innebærer også en modell for skalering av tjenesten som gjør at man kan beholde tverrfagligheten og kontinuitet i samhandling med person.
- Vurdere endring/forenkling i vedtaksstruktur
- Fortsette å styrke samhandling med spesialistmiljøer

Implementering, forankring og ny kommunestruktur

- Kvalitetsregisteret bør videreutvikles til et forskningsregister som også inneholder subjektive mål der personene kan vurdere seg selv; egen livskvalitet, egne behov og mål, motivasjon og symptomer. Dette vil også gi økte muligheter for å studere ulike aspekter, slik om å følge opp måling av funksjon over tid for å få lengre tidsserier, og sammenhengen mellom bruk av teknologi og endring i funksjon.
- Det gjenstår arbeid med hvordan rehabiliteringstjeneste skal videreføres i den nye kommunen.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2629679>

Vedlegg 3: Sammendrag følgeforskning 2017

Evalueringen i det andre året ble basert 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)
- Fremlegging av orienteringssak, høringssak og beslutningssak for etablering tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og av sengeenhet for intensiv rehabilitering (SIR).
- 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

Følgeforskernes 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 vurdering og 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.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2568719>

Vedlegg 4. Sammendrag følgeforskning 2016

Denne rapporten omhandler evaluering av prosjektet «Innovativ rehabilitering i indre Østfold». Dette er første delrapport. Hensikten med evalueringen er systematisk kunnskapsutvikling og målrettet læring med fokus på kommunal rehabilitering. Evalueringen baseres i det første året på kommunikasjon mellom partene i prosjektet, observasjon, refleksjon og dokumentasjon. I evalueringen er det lagt vekt på brukermedvirkning i prosjektet, valgt rehabiliteringsmodell, gjennomføring og ledelse av prosjektet, samt hvordan prosjektet skaper verdi. Det har så langt vært god involvering av brukere og andre interessenter i prosjektet. Videre gjennomgås hvordan brukermedvirkningen kan gjøres enda mer systematisk ved bevisst å tenke gjennom ulike aspekter ved brukermedvirkning, som hvem som representerer og hvordan, hvilken innflytelse de har på løsningene, i hvilken grad de berøres av løsningene.

Følgeevalueringen har følgende anbefalinger

- Myndiggjøring av person og samfunnsbasert rehabilitering er viktige elementer i den valgte rehabiliteringsmodellen. Brukerperspektivet bør styrkes i det videre arbeid.
- Videreutvikling og konkretisering av rehabiliteringsforløpet bør ta utgangspunkt i personens perspektiv. En måte å gjøre dette på kan være gjennom bruk av Personasmetodikk og tjenstedesign.
 - Trekke alle de ulike gruppen i prosjektet inn i dette arbeidet for å sy de ulike delene av prosjektet bedre sammen
 - Trekke inn resultater og kunnskap fra forskning på samvalg og individuell plan
 - Synliggjøre problemstillinger med dagens insentiv/økonomimodell (unngå silotenkning)
 - Trekke lokalsamfunnet inn i rehabiliteringsforløpet.
- Sammenholde krav/anbefaling om prioriterte grupper i Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019), med eksisterende tilbud og behov synliggjort i kartleggingen i Indre Østfold.
- Fokuser på å videreutvikle samhandlingsløsningen til også å involverer personen. Gi personen verktøy i egen rehabilitering (f.eks. selvmonitorering, dialog med fagperson, samvalg og informasjon).
- Se på rammebetingelser forøvrig
 - Tildelingsstruktur
 - Regjeringens eldreløft
 - Oppdragsbrevet fra Helse Sør-Øst til sykehuset Østfold
 - Forventning om at sykehusene skal delta/bidra.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmliui/handle/11250/2444139>

Vedlegg 5: Spørreskjema til besøkende til IRIØ-prosjektet

Innledning

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en spørreundersøkelse. Undersøkelsen inngår i et forskningsprosjekt som skal evaluere rehabiliteringsmodellen og –tilbudet som er utviklet i prosjektet «Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold» (IRIØ-prosjektet). Nedenfor finner du mer informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Vi ber med dette om din hjelp til å gjennomføre en så god undersøkelse som mulig, ved å svare på spørreskjemaet innen 14 dager. Det tar 10-15 minutter. Epostadressen din har vi fått fra IRIØ-prosjektet.

Bakgrunn og formål

IRIØ-Prosjektet skal styrke rehabiliteringen i Indre Østfold. Prosjektet prøver ut en ny rehabiliteringsmodell «Samfunnsbasert rehabilitering», der et tverrfaglig team vurderer personens behov for rehabilitering og bistår i den videre rehabiliteringen sammen med relevante samarbeidspartnere som NAV, Sunnås sykehus, Sykehuset Østfold og frivillige organisasjoner. Prosjektet har fått finansiell støtte over statsbudsjettet og Helsedirektoratet har oppfølgingsansvaret.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom Helsehuset IKS og Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Forskere ved USN er følgeforskere og ansvarlig for forskningsprosjektet. Forskerne skal undersøke hvordan de som har mottatt rehabiliteringstjenester fra IRIØ-prosjektet har opplevd det og hvordan helsepersonell og andre personer som har deltatt i eller blir berørt av prosjektet opplever og vurderer tjenesten og rehabiliteringsmodellen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta og hva innebærer det for deg?

Denne forespørselen går til helsepersonell og andre som har vært på besøk eller har mottatt informasjon om prosjektet. Det er frivillig å delta. Deltakelse innebærer å fylle ut dette spørreskjemaet. Det vil ta deg ca. 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan du opplever rehabiliteringsmodellen og rehabiliteringsprosjektets tjenestetilbud.

Hvordan blir ditt personvern ivaretatt?

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og anonym. Dersom du svarer, har du gitt samtykke til å delta. Dersom du ikke vil delta, er det bare å la være å svare. Dersom du ombestemmer deg underveis i utspørringen, lar du være å sende inn skjemaet. Etter at skjemaet er levert, kan svarene ikke trekkes tilbake fordi de er levert anonymt og ikke kan spores tilbake til deg.

Den tekniske løsningen som benyttes for å gjennomføre spørreundersøkelsen er utviklet og eid av TSD (Tjeneste for Sensitive Data) ved Universitetet i Oslo. TSD oppfyller personvernforordningens strenge krav til behandling og lagring av forskningsdata.

Hvordan brukes opplysningene?

Opplysningene du gir skal brukes til å skaffe kunnskap om hvordan den nye rehabiliteringsmodellen oppleves og hvordan den best kan tilrettelegges.

Resultatene fra spørreundersøkelsen vil inngå i en rapport som kommer til å være fritt tilgjengelig fra Universitetet i Sørøst-Norge i løpet av våren 2020. Det er også mulig at resultatene blir publisert i internasjonalt fagfelleverdert tidsskrift. Vi vil bare bruke opplysningene du gir til de formålene vi har fortalt om her.

Spørsmål eller kommentarer til spørreundersøkelsen

Dersom du har spørsmål eller kommentarer til denne spørreundersøkelsen kan du ta kontakt med følgeforskerne Hilde Eide (mob: 48243096) eller Kristin S. Fuglerud (mob: 41220915) ved Universitetet i Sørøst-Norge, eller Kari Anne Delhi, prosjektleder i IRIØ-prosjektet (mob: 98083621).

Med vennlig hilsen,

Hilde Eide, professor, Følgeforsker USN

Kristin S. Fuglerud, 1.amanuensis II, Følgeforsker USN

Kari Anne Delhi, Prosjektleder IRIØ

Bakgrunnsinformasjon

Hvilket fylke arbeider du i?

Hvilken del av helsetjenesten jobber du i?

Du må velge minst ett svaralternativ.

- Specialisthelsetjenesten
- Kommunal helsetjeneste
- Privat helsetjeneste
- Forskning, universitet og høyskole
- Annet:

Du krysser av for annet ovenfor, beskriv hva slags virksomhet du representerer:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet:» er valgt i spørsmålet «Hvilken del av helsetjenesten jobber du i?»

Hvilket fylke arbeider du i?

Hvilken faggruppe representerer du?

Du må velge minst ett svaralternativ.

- Sykepleier
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Lege
- Psykisk helse
- Annet

Du krysset av for annet ovenfor, beskriv hvilken faggruppe du representerer:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilken faggruppe representerer du?»

Hvilken rolle har du?

Du må velge minst ett svaralternativ.

- Leder med budsjettansvar
- Leder uten budsjettansvar
- Utøvende fagarbeider
- Student
- Annet

Du krysset av for annet ovenfor, beskriv hva slags rolle du har:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilken rolle har du?»

Om bakgrunnen for kontakten med IRIØ-prosjektet

Hvordan kjente du til IRIØ-prosjektet?

Hva var det viktigste du tok med deg fra besøket hos IRIØ-prosjektet?

Stikkord: lærdommer, erfaringer, inspirasjon, nye ideer, tilbakemelding?

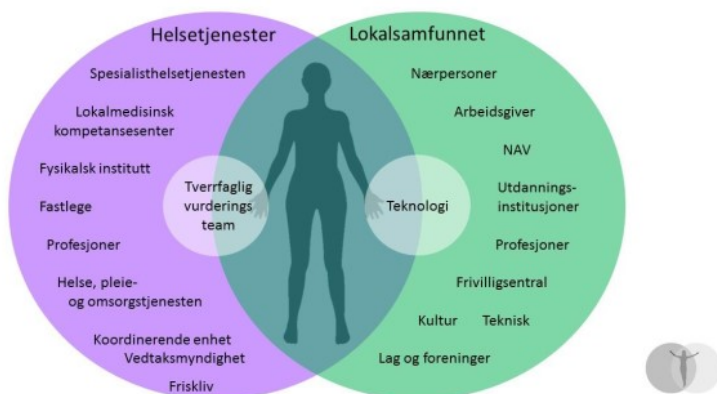
Tanker om prosjektet Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold (IRIØ-prosjektet)

IRIØ-prosjektet arbeider etter en egenutviklet rehabiliteringsmodell. Kjenner du til denne?

- Ja
- Nei

Rehabiliteringsmodellen kalles "Samfunnsbasert rehabilitering", se illustrasjon under.

Samfunnsbasert rehabilitering



Hva synes du om modellen Samfunnsbasert rehabilitering?

Trekk gjerne fram både positive og utfordrende aspekter? Har du tanker om forskjeller og likheter med hvordan det arbeides med rehabilitering andre steder? Utdyp!

Har du tanker om spesielle aspekter ved Samfunnsbasert rehabilitering?

Stikkord: personperspektiv, ambulant team, tverrfaglig vurdering, tidlig igangsetting, koordinering, involvering av nærpersoner/lokalmiljø og frivillighet, bruk av teknologi, etc.

Har besøket til Helsehuset /IRIØ-prosjektet inspirert til endringer i egen virksomhet?

- Ja
- Nei

Hvis ja, hvilke?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har besøket til Helsehuset /IRIØ-prosjektet inspirert til endringer i egen virksomhet?»

Tenker du at noen av elementene i rehabiliteringsmodellen er spesielt vanskelig å implementere, i så fall hvilke?

Elementer i rehabiliteringsmodellen: **personperspektiv/hva er viktig for deg?**, ambulant team, tverrfaglig vurdering, tidlig igangsetting, koordinering, involvering av nærpåsoner/lokalmiljø og frivillighet, bruk av teknologi, etc.

Har du endret noe i egen praksis som følge av besøket?

- Ja
- Nei

I så fall hva?

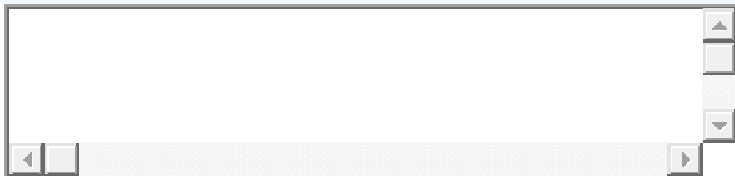
Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du endret noe i egen praksis som følge av besøket?»

Benytter din virksomhet teknologi i rehabiliteringsarbeidet?

- Ikke relevant
- Ja
- Nei

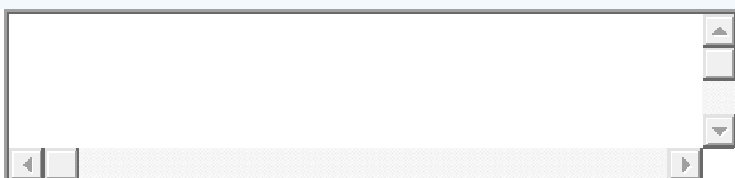
Hvilken type teknologi bruker din virksomhet i rehabiliteringsarbeidet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Benytter din virksomhet teknologi i rehabiliteringsarbeidet?»

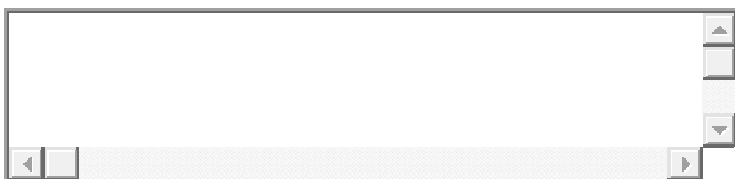


Min virksomhet bruker ikke teknologi i rehabiliteringsarbeidet fordi..

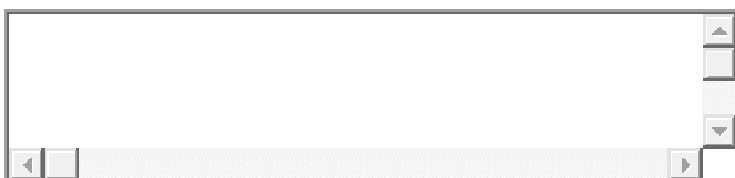
Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Benytter din virksomhet teknologi i rehabiliteringsarbeidet?»



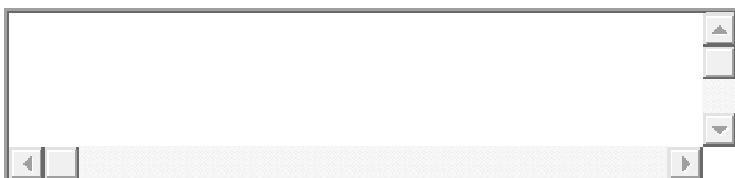
Har du innspill til følgeforskerne, er det noen spesielle temaer vi bør undersøke?



Har du innspill til hvordan IRIØ-prosjektet kan spre sine resultater ytterligere?



Er det noe mer du ønsker å tilføye?



Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 6: Utførere av følgeforskningen

Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge³ (USN) ved professor Hilde Eide (prosjektleder) og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, i samarbeid med Norway Health Tech⁴ ved Bent-Håkon Lauritzen.

Universitetet i Sørøst Norge

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er foreløpig landets yngste universitet (mai 2018). USN 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 Universitetet i Sørøst-Norge. **Vitensenteret helse og teknologi**⁵ 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 tjenstedesign

Vitensenterets forskere kommer fra alle fakulteter og campuser ved USN (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 280 medlemmer er hele verdikjeden for innovasjon representert. Vår visjon er å utvikle og

³ www.usn.no

⁴ www.oslomedtech.no

⁵ <https://www.usn.no/vitentest/>

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 markedsdrevet innovasjon og innovative innkjøpsprosesser; fasilitere kliniske forsøk, testing og verifisering; 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.

Følgforskerne

Professor Hilde Eide (Dr.philos). Hilde er professor i klinisk kommunikasjon og helseveiledning ved Universitetet i Sørøst-Norge og forskningsleder ved Vitensenteret helse og teknologi i. 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 kommuniserer bekymringer. Hun har utforsket disse aspektene av kommunikasjon hos forskjellige pasientgrupper; personer med kreft, diabetes og kroniske 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. 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 Universitetet i Sørøst-Norge som timeforeleser.

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

Følgeevaluering, delrapport 4

Kristin Skeide Fuglerud
Bent Håkon Lauritzen
Hilde Eide

ISBN 978-82-7860-447-2
ISSN 2535-5325

usn.no

