

Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering - Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS

Hilde Eide, Kristin Skeide Fuglerud
og Bent Håkon Lauritzen

Følgeevaluering, delrapport 1





Hilde Eide, Kristin Skeide Fuglerud og
Bent Håkon Lauritzen

**Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold,
Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering
- Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS**

Følgeevaluering, delrapport 1

© 2017 Hilde Eide, Kristin Skeide Fuglerud og Bent Håkon Lauritzen

Høgskolen i Sørøst-Norge
Vitensenteret Helse og teknologi
Drammen, 2017

Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 12 / 2017

ISSN: 2464-3505 (Online)

ISBN: 978-82-7860-302-4 (Online)



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

Sammendrag

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 tjenestedesign.
 - Trekke alle de ulike gruppen i prosjektet inn i dette arbeidet for å se 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 Opptrappingsplanen 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.

Innhold

Innledning	1
Bakgrunn	1
Rehabiliteringsprosjektets formål og overordnede mål.....	1
Følgeevaluering: metode og gjennomføring	3
Forståelse av oppdraget og delleveranser	3
Datainnsamling	3
Deltakelse på prosjektledermøter	4
Deltakelse i arbeidsmøter for delprosjekter	4
Løpende rådgivning for prosjektleder/eier	5
Løpende tilsendt prosjektdokumentasjon både fra møter og analyser	5
Bidrag i form av gjennomlesning og kommentarer til delleveranser og sluttrapport.	5
Introduksjon til eksterne kompetansemiljøer	5
Brukermedvirkning.....	6
Relatert forskning	6
Ulike aspekter ved brukermedvirkning	6
Myndiggjøring og brukermedvirkning	7
Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet	8
Myndiggjøring av person.....	8
Interessent og brukermedvirkning	8
Diskusjon	9
Gjennomføring og ledelse av prosjektet	10
Relatert forskning	10
Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet	10
Diskusjon	11
Rehabiliteringsmodeller	12
Relatert forskning	12
Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet	13
Samfunnsbasert rehabilitering.....	13
Diskusjon	14
Hvordan teknologi kan understøtte den valgte rehabiliteringsmodellen	16
Relatert forskning	16
Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet	17
Teknologi i et rehabiliteringsforløp.....	17
Småskalatest med verktøy for å støtte det tverrfaglige vurderingstemaet	18
Erfaringer fra småskalatesten	19
Diskusjon	19
Hvordan prosjektet skaper verdi	19
Merverdi ved innføring av ny teknologi	20
«Personen er sentrum» versus silotenkning.....	20
Kvalitet og omfang på tjenester versus effektivitet og økonomisk gevinst.....	21
Konklusjon og anbefalinger	22
Høgskolen i Sørøst Norge	25
Oslo Medtech.....	25
Følgeforskerne	26

Innledning

Prosjektet «Innovativ rehabilitering i indre Østfold» startet i mai 2016 og vil pågå fram til desember 2017. For enkelhets skyld omtaler vi dette prosjektet som «rehabiliteringsprosjektet» i denne rapporten. Rehabiliteringsprosjektet leverte den 18.01.2017 en rapport fra arbeidet i prosjektets første år, med anbefalinger og forslag til en handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli, Devold, Kobbevik, Paulsen, & Johansen, 2017). Følgeforskning og evaluering av rehabiliteringsprosjektet dette første året har først og fremst hatt fokus på hvordan prosjektet har tilrettelagt for

- a) Brukermedvirkning
- b) Hvordan prosjektet er ledet og utviklet
- c) Hvilken modell som er valgt og synspunkter på hvilke utfordringer prosjektet står overfor i 2017
- d) Hvordan teknologi kan understøtte den modellen som er valgt
- e) Hvordan prosjektet skaper verdi; for bruker og dennes pårørende, de ansatte i kommunene, og samfunnet.

Denne delrapporten baserer seg på deltakende observasjon i forskjellige møter og samlinger og samtaler med sentrale personer i prosjektet. I rapporten beskrives forskergruppens refleksjoner på prosess og resultat av prosjektets første fase, noen tanker om utfordringer i neste fase og anbefalinger for neste fase.

Bakgrunn

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

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

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.

Hesledirektoratet har lagt følgende føringer for arbeidet:

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

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

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

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

Hovedmål for rehabiliteringsprosjektet er konkret å

1. Utarbeide en plan (2017-2020) for interkommunal rehabilitering i Indre Østfold basert på innovative løsninger og kunnskapsbasert praksis for å styrke rehabiliteringstilbudet og redusere bruk av kompenserende tjenester.
2. I planen (2017-2020) beskrive 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, individuell plan og koordinator, kapittel 2 § 3 (Forskrift, 2011).

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

Følgeevaluering: metode og gjennomføring

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

Forståelse av oppdraget og delleveranser

Følgforskning er noe litt annet enn tradisjonell samfunnsforskning. Forskjellen og innholdet i følgforskning er beskrevet som følger:

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

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

Det er også viktig at forskerne bidrar med innspill til oppdragsgiveren underveis i prosessen. Dette er en delleveranse, som omhandler prosjektperioden fra 1. september 2016 til levering av denne rapporten i april 2017. Følgeprosjektet fortsetter deretter, og vil levere en ny rapport som inkluderer arbeidet for resten av 2017.

Datainnsamling

I følgeevalueringen har vi benyttet følgende kilder til informasjon og data:

Deltakende observasjon: Evalueringsgruppen har deltatt i og vært observatører i møter som

- månedlige prosjektmøter
- utvalgte faglige samlinger
- møter helsedirektoratet
- andre møter
- dialog med prosjektleder og deltakere i prosjektgruppen
- fokusgruppe.
-

Skriftlige kilder: Evalueringsgruppen har hatt tilgang til en mengde skriftlig dokumentasjon fra prosjektet .

- e-post
- møtereferat
- analyser som det jobbes med

- prosjektplan
- delrapporter.

Måling av økonomiske konsekvenser:

- identifikasjon av kostnader som påvirkes av prosjektet og organisatorisk tilhørighet
- kartlegging og dokumentasjon av potensielle feilkilder/eksterne påvirkningsfaktorer
- innhenting av data ved oppstart og etter gjennomførte tiltak (i år 2)
- teoretisk analyse av potensielle effekter av fullskaladrift.

Evalueringssprosjektets egne aktiviteter: I tillegg til deltakende observasjon og bruk av kildene nevnt over, har evalueringssprosjektet gjennomført egne aktiviteter:

- gjennomgang av relatert forskning
- workshops
- presentasjon for og diskusjon med andre forskere i Vitensenterforum ved HSN.

Deltakelse på prosjektledermøter

Teamet for følgeevaluering har deltatt på 6 prosjektledermøter der man har diskutert status i prosjektet. På møtene har delprosjektledere, prosjektleder og prosjekteier deltatt. Dette har vært hovedkontaktpunkt mellom følgeevalueringen og prosjektet. I det følgende nevnes de viktigste temaene som har vært diskutert

- metodikk og plan for småskalatest, herunder fokus på utvalgte kartleggingsverktøy, bruk av teknologi og risiko knyttet til utvalg og gjennomføringsstrategi
- presentasjon av erfaringer fra andre prosjekter, med hovedfokus på prosjekt med felles rehabiliteringsenhet i Larvik (Inger Johansen), og studiebesøk til Fjell Kommune i Bergen
- rammeverk for prosjektplan 2017-2020. Herunder struktur og metode for videre arbeid
- personfokuset rehabilitering og CBR tenkning. Modellen for personfokuset rehabilitering med personen i sentrum der ambulanseteam og felles rehabiliteringsenhet for de 7 kommunene er utviklet og diskutert i flere omganger, og er presentert i prosjektrapporten
- samhandlingsproblematikk med fokus på samhandling mot spesialisthelsetjeneste, koordinering av ulike fagkompetanse og modeller for interkommunalt samarbeid.

Deltakelse i arbeidsmøter for delprosjekter

Følgeforskerne har deltatt på arbeidsmøter i delprosjektene:

- Workshop for Community Based Rehabilitation (CBR) der modell og erfaringer fra WHO's arbeid med CBR i utviklingsland ble presentert og diskutert ifht en norsk virkelighet. Output fra møtet er tatt inn i arbeidspakke for CBR i planen for 2017.
- Arbeidsgruppe for gevinstrealisering. Følgeforsker (BHL) har deltatt og bidratt i gjennomføringen av fire arbeidsmøter knyttet til gevinstrealisering. Arbeidet er oppsummert i plan for gevinstrealisering som er innarbeidet i prosjektrapporten. I møtene har man hentet inn erfaringer fra gevinstrealisering i andre tilsvarende prosjekter, blant annet arbeidet med felles enhet for rehabilitering i Larvik og VIS-rapporten for innføring av ny teknologi i Oslo Kommune. I forbindelse med dette arbeidet er det avholdt egne møter med Inger Johansen (Larvik) og Nils Otto Ørjasæter (ansvarlig for VIS rapporten

Oslo Kommune). Nils Otto Ørjasæter vil følge prosjektet som ekstern rådgiver på gevinstrealisering også i 2017.

- Deltakelse på fokusgruppeintervju hvor småskatesten ble diskutert. Deltakere var prosjektleder, fagpersoner med ulike fagbakgrunn (fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier) samt følgeforsker (KSF).
- Deltakelse på dialogmøte/innspillseminar (14. des. 16, Oslo) for brukerutvalg, om kompetansebehov for rehabilitering i kommunen Oslo.

Løpende rådgivning for prosjektleder/eier

Følgeforskere har hatt løpende kontakt som rådgiver for prosjektleder og prosjekteier med fokus på overordnet organisering av prosjektet og ambisjon for leveransen.

Løpende tilsendt prosjektdokumentasjon både fra møter og analyser

Alle prosjektdokumenter er løpende blitt oversendt fra prosjektleder og lagret i felles dokumentsystem. God tilgang til prosjektdokumentasjon har vært viktig for å kunne bidra med innspill og faglige råd.

Bidrag i form av gjennomlesning og kommentarer til delleveranser og sluttrapport.

I forbindelse med utarbeidelse av Prosjektrapport – Forslag til handlingsplan 2017-2020 har følgeforskerne bidratt med innspill til både struktur og innhold. Dette er gjort gjennom diskusjon på møter samt skriftlig tilbakemelding på ulike versjoner før ferdigstilling. Det er hovedsakelig kapittel 1.1 Handlingsplan og 2.5 Gevinstrealisering som har vært i fokus.

Introduksjon til eksterne kompetansemiljøer

Som en viktig del av bidraget til følgeevalueringen av prosjektet er det knyttet kontakt til andre miljøer og fagkompetanse. Blant de man har bidratt til å introdusere er:

- Demonstrasjon av Imatis løsningen på Lørenskog Sykehjem. Formålet med demonstrasjonen var for å se på løsningens egnethet som verktøy for ambulant team.
- Introduksjon til "Servicedesign Thinking" ved Halogen. Formålet var å introdusere en metode som tydelig setter brukeren i sentrum ved utvikling av nye tjenester for rehabilitering.
- Introduksjon til Nils Otto Ørjasæter, Ansvarlig for gevinstrealiseringsrapport i VIS-prosjektet (Velferdsteknologi i Sentrum – innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo Kommune. Delrapport 2/2 april 2016). Formålet med dette var å se på målemetoder for innføring av ny teknologi.

Brukermedvirkning

Helsedirektoratet er opptatt av viktigheten av god brukermedvirkning. Det er et eksplisitt ønske om at følgeevalueringen vurderer brukermedvirkning i rehabiliteringsprosjektet. Brukermedvirkning omfatter både påvirkning av prosjektet og medvirkning i tjenesteytingen. Dette innebærer for eksempel å vurdere brukermedvirkning i valg av løsninger og utvikling av tilbud i prosjektarbeidet. Det omfatter aspekter som brukernes helhetlige opplevelse/erfaringer med tjenestene som utvikles, herunder kvalitet, organisering, tilgjengelighet osv.

Brukermedvirkning i en innovasjons- eller utviklingsprosess kan karakteriseres på ulike måter. I det følgende diskuteres noen ulike aspekter ved brukermedvirkning, som ulik forståelse, hvem brukeren representerer og grad av involvering og innflytelse.

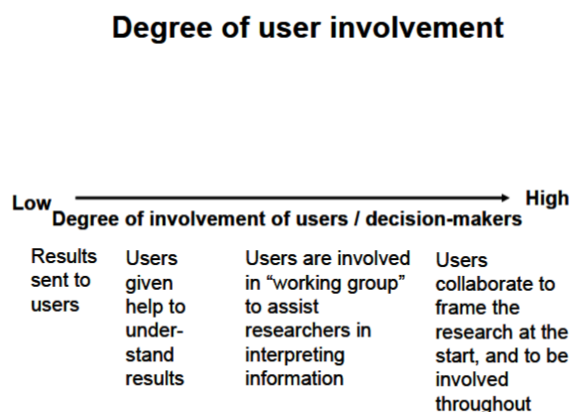
Relatert forskning

Ulike aspekter ved brukermedvirkning

Det kan være nyanser i hvordan man forstår begrepet brukermedvirkning innenfor ulike sektorer og fagmiljøer. Innenfor helsesektoren tenker man kanskje først og fremst på involvering av pasient eller sluttbruker, dvs. den som mottar den endelige helsetjenesten. Formålet er at tjenestemottakeren skal oppnå større grad av selvbestemmelse og innflytelse på beslutninger som gjelder egen livssituasjon.

Man ønsker også brukermedvirkning i utvikling av nye tjenester eller løsninger. I innovasjons- eller utviklingsprosesser karakteriseres ofte brukermedvirkerne i forhold til hvem de representerer. Dersom brukermedvirkeren kun representerer seg selv, deltar brukeren på individnivå. Dersom brukeren representerer en interesseorganisasjon eller en gruppe av brukere, så deltar vedkommende på systemnivå. Hvis en bruker har vansker med å uttrykke sine meninger og behov (f.eks. på grunn av kognitiv funksjonsnedsettelse), kan en pårørende eller annen omsorgsperson noen ganger representere denne personen, enten på individnivå eller på et systemnivå.

Det er ulike forventninger til en brukermedvirker, avhengig av om vedkommende kun representerer seg selv, eller en gruppe. Fra en brukermedvirker på individnivå forventes det ikke annet enn at vedkommende kommer med egne synspunkter underveis. En brukerrepresentant på systemnivå forventes å ha kunnskap om behovene til hele gruppen han eller hun representerer. Vedkommende skal få fram denne gruppens synspunkter, og gi tilbakemelding fra utviklingsprosessen tilbake til gruppen. Vedkommende bør være et aktivt bindeledd mellom brukergruppen og utviklingsprosessen.



Figur 1: Grad av brukermedvirkning (Martens, 2006)

Brukermedvirkerne kan også karakteriseres i forhold til grad av ansvar og innflytelse de blir gitt i en utviklingsprosess (Stålbrøst, 2008). Det kan variere fra at brukerne kun er gjenstand for informasjonsinnhenting, til at de sitter i førersetet i en prosess. Relatert til dette er også graden av involvering. De kan involveres fra i liten grad til i høy grad (Martens, 2006), se Figur 1.

En lignende måte å karakterisere brukermedvirkerne på, er å plassere dem på en kontinuerlig skala fra informativ, via konsulterende til deltakende (Kujala 2008). På den informative enden avgir brukeren informasjon til prosjektet, mens de på den andre siden, på den medvirkende enden, kan ha innvirkning på beslutningene som blir tatt. Brukeren spiller en rådgivende rolle når de kan kommentere på og komme med forslag til forbedringer på løsningsforslag. Brukerstyring overlapper med brukermedvirkning, men går gjerne lengre enn brukermedvirkning. Mens brukerstyring innbefatter elementer av reell innflytelse eller styringsmuligheter, er ikke dette nødvendigvis tilfelle når vi snakker om brukermedvirkning (Det kongelige helse og omsorgsdepartementet n.d.).

Det anbefales at alle parter i en utviklingsprosess er klar over hvilken rolle brukermedvirkerne har. Det betyr at hvem brukeren representerer (seg selv eller en gruppe) og hvilke forventninger som er knyttet til deltakelsen bør være eksplisitt (Standard, 2013).

Det er også relativt vanlig å karakterisere brukere i henhold til i hvilken grad de vil berøres av resultatene av utviklingsprosessen. Da kan man snakke om primærbruker, sekundærbruker og tertiærbruker (Reitan *et al.* 2011). Primærbrukere er de brukerne som løsningen først og fremst lages for. En løsning kan gjerne ha flere primærbrukere, som pasienter, leger, sykepleiere og andre fagfolk. Eksempler på sekundærbrukere er pårørende, helsepersonell, servicepersonell eller innkjøpere. Tertiærbrukere kan være ledelse, myndigheter, og andre som kan påvirke resultatet av løsningen uten å selv være direkte brukere (Reitan *et al.* 2011). Begrepet interessant benyttes også ofte for å angi personer, grupper eller organer/enheter som har "interesse" av løsningen, dvs. blir påvirket av eller påvirker utvikling eller bruk av løsningen, direkte eller indirekte. Dette overlapper med inndelingen i primær-, sekundær- og tertiærbrukere.

Hovedpoenget med de ulike kategoriseringene nevnt over er å ha verktøy for å kartlegge hvem som bør involveres i en utviklings- eller innovasjonsprosess og hvordan. Tidlig involvering av ulike typer brukere og brukergrupper øker sannsynligheten for å få oppslutning og støtte rundt en utviklingsprosess, og for utvikling av vellykkede løsninger. Det er også viktig med tydelig og hyppig kommunikasjon med ulike interessenter og brukergrupper underveis i utviklingsprosessen (DIFI 2016).

Myndiggjøring og brukermedvirkning

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

lokale forankring for å oppnå varige resultater. Det advares mot at myndighetene overtar denne type tiltak, fordi det er borgerne som skal eie empowermentprosesser (NOU 1998:18 s. 317-319).

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

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

"Empowerment" handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis" (Thesen & Malterud, 2001).

Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet

Myndiggjøring av person

Rehabiliteringsprosjektet har valgt å benytte begrepet «person» istedenfor pasient eller bruker. Dette fordi de mener at begrepene pasient og bruker kan lett assosieres til det å være en passiv mottaker av helsetjenester. Ved konsekvent å bruke person ønsker prosjektet å understreke viktigheten av personens myndighet, deltakelse og selvstendighet. I den sammenheng har prosjektet også arbeidet med prinsipper for «myndiggjøring av person», noe man ønsker å arbeide videre med i 2017. Dette skal understreke «en overgang fra passiv mottaker av medisinsk behandling, til aktivt å skulle være den sentrale aktøren» (Dehli et al., 2017, s. 20).

Interessent og brukermedvirkning

Prosjektet har vært i kontakt med og involvert en lang rekke interessenter, og de har hentet inn kunnskap og erfaringer fra forskere, relevante prosjekter og aktiviteter i andre kommuner.

Tre brukere som først og fremst har representert personen i et rehabiliteringsforløp har vært tilknyttet prosjektet i 2016. De har vært fullverdige deltakere i hver sin prosjektgruppe. De har hovedsakelig deltatt på individnivå, med utgangspunkt i at de har verdifulle kunnskaper og erfaringer med rehabilitering sett fra personens perspektiv.

I tillegg har prosjektet gjennom småskalatesten involvert brukere fra faggrupper og personer i et rehabiliteringsforløp. Tre personer fra faggruppene sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut deltok i småskalatesten, samt 7 personer i et rehabiliteringsforløp. Personene ble intervjuet etter testen og de tre fagpersonene deltok i påfølgende fokusgruppe om erfaringene med småskalatesten. Her har alle brukerne

(fagpersoner og personer med tjenestemottakerperspektiv) først og fremst deltatt på individnivå, utfra egen erfaring og kompetanse. Videre ble prosjektets presentert på et dialogmøte/ innspillseminar med representanter fra interesseorganisasjoner om kompetansebehov i kommunene om rehabilitering.

Diskusjon

Prosjektet har hatt en god brukermedvirkning i 2016. Både fagpersoner og personer har hatt mulighet til å kommentere og å komme med synspunkter på prosjektets arbeid, samt at man har intervjuet brukerne som deltok i småskalatesten. Man har benyttet en blanding av metoder, både workshop, individuelle intervjuer, fokusgruppe og innspills-seminar. Dette gir mulighet for ulike perspektiver og innfallsvinkler, og er en styrke i prosjektet.

Det kan være en utfordring å få til en bred nok brukerrepresentasjon. Det vil si at man både sørger for at flere stemmer innen hver gruppe blir hørt, samt at man sørger for å dekke et mangfold av interessegrupper. Det kan ofte være en fordel å involvere brukere både på individnivå og på systemnivå. Brukere på individnivå, med god diversitet innenfor målgruppen, egner seg godt i utprøvinger av løsninger, slik som er gjort i tilknytning til småskalatesten. Her kan man få konkrete og detaljerte erfaringer med og synspunkter på foreslått løsning eller tjeneste. Brukere på systemnivå kan gjerne delta i prosjektet. Her vil det være større krav til at synspunkter og innspill er forankret i interessegruppen som representeres. De vil ha en forpliktelse til å konsultere og forankre sine bidrag i sin egen interessegruppe, og det er naturlig at man har vararepresentanter som kan stille ved forfall, for på den måten å sikre god kontinuitet i arbeidet. Videre er det et poeng å forsøke å finne løsninger som gjør at flere ulike interessegrupper involveres, ettersom de ulike interessegruppene kan ha ganske forskjellige behov. Personer som har kroniske sykdommer, kan f.eks. ha andre behov enn personer med fysiske funksjonsnedsettelse, som igjen kan ha andre behov enn personer med kognitive eller sensoriske funksjonsnedsettelse.

I prosjektets neste fase etableres det en bredere brukerrepresentasjon ved å opprette et brukerpanel med representanter rekruttert fra kommunenes eldreråd og råd for personer med nedsatt funksjonsevne. Personene i brukerpanelet forventes å rapportere tilbake til sine respektive kommunale råd, og man har dermed muligheter til å få innspill fra mange flere ulike interessegrupper. Videre oppretter man en refleksjonsgruppe med brukerrepresentanter som skal diskutere og vurdere ulike aspekter med prosjektets foreslåtte løsninger underveis i år to, i tillegg til at det blir en ny og bredere anlagt pilot med deltakelse av personer/brukere på individnivå.

En mulig aktivitet som kan berike prosessen med å lage løsningsforslag i prosjektet ytterligere, kan være å benytte Personas metodikk (Schulz & Fuglerud, 2012). Se også www.personas.no. Personas er oppdiktede personer, men bygger på kunnskap om brukere i målgruppen. De skal representere variasjon blant brukerne. Man kan deretter gjennomgå hvordan de foreslåtte løsninger vil fungere for de ulike personaene. Dette kan bidra til konkretisering, samt å avdekke aspekter man ellers ikke ville tenke på. Både det å lage personaer samt personagjennomgang av foreslåtte løsninger er aktiviteter som kan gjøres i workshopformat med brukerinvolvering.

Gjennomføring og ledelse av prosjektet

Prosjektet som evalueres er et komplekst prosjekt med samarbeid mellom flere kommuner. Målet er også å utvikle et innovativt rehabiliteringsopplegg for en region som har hatt et begrenset tilbud på dette området. Prosjektleder har en sentral rolle.

Relatert forskning

Metaforer fra musikkverden anvendes også innen ledelsesfaget. Orkesterledelse eller jazzledelse beskriver ulike egenskaper en leder bør inneha for å hankses med endring, nyskaping, ulike personligheter, usikkerhet og risiko. Vi har latt oss inspirere av teori fra hvordan "orkestrere" samhandling mellom små og store bedrifter og rollen til "the orchestrator" da rollen oppgavene prosjektleder har i dette prosjektet i stor grad kan sammenliknes med en nettverksorkestrator eller en leder for et jazzband (Barrett, 2012). Mumford et al (2002) har skrevet om forutsetninger for å lede kreative mennesker. Man må forholde seg både til kompetanse og til relasjoner. Helsevesenet står overfor mange nye utfordringer; der både utvikling av ny kunnskap gjennom samskappingsprosesser og utstrakt samarbeid på tvers av nivåer, organisasjoner, kommuner og land står i fokus. Å skape en nye nasjonal modell krever kreativitet, og samskaping gjennom å utløse mulighet for å utvikle kreative løsninger. En vesentlig oppgave er å samle informasjon, anvende og utvikle kunnskap. Mumford et al. understreker at det tar tid å utvikle den kunnskapen som er nødvendig, og at det krever utstrakt samarbeid. Ledelse er også meget vesentlig og Mumford hevder at når oppgaven blir mer kompleks, ny eller dårlig definert, så vil det i større grad fokuseres på lederens ekspertise og evne til kreativ problemløsning. Hva som vil være effektive måter å påvirke gruppen på vil avhenge av hvordan de som ledes vurderer lederens ekspertise. Særlig viktig er dennes evne til å delegerer struktur og evaluering til andre når han ikke har den spesifikke kompetansen. Oppsummert er følgende punkter vesentlige:

- Ekspertise og kreativitet
- Transformerende lederskap
- Planlegging og det å skape mening ("sense making")
- Sosiale ferdigheter

Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet

Prosjektleder har vært tilsatt i full stilling som prosjektleder. Hun kjenner godt til rehabiliteringsproblemstillingene som utførende og praktiserende fysioterapeut i en av de samarbeidende kommunene. I tillegg har hun mastergrad i organisasjon og ledelse. I skrivende stund består den prosjektansvarlige gruppen av 5 personer. Det har vært noen endringer; noen har falt fra, noen er kommet til og formelle roller er endret. Hun har nå en sterk prosjektgruppe med seg med en kommuneoverlege, leder av Helsehuset IKS (også med mastergrad i verdibasert ledelse), en person som kjenner de kommunale politiske prosessene godt, en dedikert prosjektmedarbeider og fra sommeren en prosjektmedarbeider med lang ledererfaring fra Norges Handikapforbund og erfaring fra brukermedvirkning på individ og systemnivå.

Arbeidet har i prosjektets første år vært strukturert i 3 arbeidsgrupper med representanter fra de samarbeidende kommuner med følgende arbeidsoppgaver (Dehli et al 2017);

Arbeidsgruppe 1; Utarbeide forslag til innovativt rehabiliteringsforløp der personen står i sentrum, inkludert samhandling mellom nivåer og mulige forskningsprosjekter.

Arbeidsgruppe 2: Utarbeide planer for en interkommunal rehabiliteringsenhet med ambulant team.

Arbeidsgruppe 3: Teknologi i et behandlingsløp, inkludert småskalatest av en kartleggingsløsning.

Gruppene har levert sine delrapporter og hele rapporten som er utarbeidet har blitt presentert i relevante fora.

Nå i prosjektets andre år er prosjektet restrukturert med fire arbeidsgrupper;

1. Myndiggjøring av person (leder Arne Lein)
2. Finansiering og samfunnsrehabilitering (leder Alf Johansen)
3. Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) (leder Kari Anne Dehli)
4. Senger for intensiv rehabilitering (SIR) (leder Åsmund Kobbervik)

Det er skissert foreløpige planer for de fire arbeidsgruppene.

Diskusjon

Prosjektets leder innehar de kvalitetene som er skissert ovenfor. Hun er dyktig, strukturert og effektiv og en god pådriver med store sosiale ferdigheter. Prosjektgruppen synes å ha forskjellige kvaliteter og posisjoner som kan bidra til et vellykket resultat. De grep som er tatt for å reorganisere prosjektet synes hensiktsmessige. Utfordringer fremover er å få de fire nye arbeidsgruppene til å samarbeide i stor grad slik at de ikke utvikler for "tekniske siloløsninger", men bruker prosjekttiden til å planlegge, utvikle og gjennomføre ulike rehabiliteringsforløp knyttet til ulik grad av funksjonssvikt med de samarbeidspartnerne som er nødvendige (særlig Østfold sykehus og Sunnås sykehus) slik at det er god mulighet for å lære og høste erfaringer og ny kunnskap som igjen kan videreutvikles i tråd med den foreslåtte handlingsplanen 2017 -2020. Dette er et stort og viktig prosjekt som også kan være med på å bygge forskningskompetanse i det kommunale systemet. Prosjektet bør vurdere å utvikle et PhD- prosjekt der de kan søke om en offentlig phd i Norges Forskningsråd, slik at forskningskompetansen forblir i regionen.

Rehabiliteringsmodeller

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019) ser rehabilitering som et sett av sammensatte tjenester og retter seg hovedsakelig mot funksjonsnedsettelse på grunn av somatisk sykdom uavhengig av alder, diagnose og bosted. Disse tjenestene skal hovedsakelig tilbys der personen lever og bor. I de senere årene har det vært omfattende fokus på hverdagsrehabilitering særlig rettet mot eldre.

Relatert forskning

Intensiv rehabilitering med kvalifisert personale ser ut til å være en forutsetning for vellykket rehabilitering. En studie som utforsket rehabilitering på korttidsplasser på sykehjem i kommunen versus rehabilitering på et spesialisert rehabiliteringssenter konkluderte med at behandling i et rehabiliteringssenter var effektivt og førte til bedre funksjon for ulike grupper eldre.

“Significant and persisting improvements in activities of daily living may be achieved by rehabilitation of older patients with stroke, arthritis, hip fracture and other chronic diseases in a district inpatient rehabilitation centre with co-ordinated and multi-disciplinary rehabilitation”.
(Johansen, Lindbaek, Stanghelle, & Brekke, 2011)

De eldre som var rehabilitert på korttidsplasser på sykehjem hadde dårligere funksjon etter 18 måneder, og brukte flere helsekroner (Johansen, Lindbak, Stanghelle, & Brekke, 2012).

En kvalitativ studie utforsket hjemmesykepleiens samhandling med spesialisthelsetjenesten og fokuserte på utfordringer når pasienten skulle hjem (Tønnessen, Kassah, Lilljan, & Tingvoll, 2016). Forskerne i denne studien fant at kreftomsorgen fungerte godt; mens samhandlingen rundt pasienter uten kreft var problematisk. Sykehuset hadde et medisinsk perspektiv, mens hjemmesykepleien var opptatt av pasientens funksjon og mestring.

Utskriving fra sykehus er akkompagnert av elektronisk meldingsutveksling, PLO-meldinger. PLO-meldingene omfatter både standardiserte meldingstyper, men også mulighet for løpende og interaktiv samhandling (Brattheim, Hellesø, & Melby, 2016). Dette er en mulighet som bør videreutvikles i dette prosjektet.

Målet i UP-8 prosjektet var å lage og prøve ut en modell for øyeblikkelig hjelp, utredning, behandling og omsorg i en kommunal helseinstitusjon, en akuttavdeling eller såkalt intermediær avdeling, med hjelp av samkommunale støttefunksjoner (Enmarker & Olsen, 2014). I evalueringen pekes det på viktigheten av å involvere og inkludere alle grupper av berørte ansatte for en vellykket endringsprosess.

Kommunikasjonen blant personalet og med pasientene blir også framhevet som grunnleggende og avgjørende for å kunne gi et godt tilbud. For pasientene ble også opplevelsen av tillit gjennom personlige relasjoner og kontinuitet framhevet som spesielt viktig (ibid).

Daglige registreringer (monitorering av aktiviteter, symptomer og mål) og webbasert skriftlig veiledning via smarttelefon er prøvd ut for kvinner med langvarig muskelskjelettlidelser for å støtte endring av livsstil og implementering av det de hadde lært på et 4-ukers rehabiliteringsopphold på Jeløy Kurbad etter hjemkomst (Kristjansdottir et al., 2013a, 2013b). Intervensjonen varte i en måned; og intervensjonsgruppen hadde større bedring en måned etter og seks måneder etter oppfølgingen. Den samme intervensjonen er også prøvd ut i en pilotstudie for personer med diabetes type 2 (Nes et al., 2012). Resultater fra denne type studier viser at det er effekter av digital skreddersydd feedback og veiledning. Det man ikke vet er om det er

selve monitoreringen som gir effekt eller det at en person bidrar med veiledning. Andre studier viser at det er motiverende i seg selv å kunne følge egen utvikling.

Den danske Fredericia modellen har vært en modell som mange norske kommuner har vurdert og lært av (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011). Etter at ca. 400 pasienter hadde mottatt tilbudet anslår de en besparelse på 13.9%. I Norge er hjemmerehabilitering for eldre (800 personer; gjennomsnitt 78 år med hovedsakelig fall og svimmelhet som utgangspunkt for funksjonsfallet) evaluert (Langeland et al., 2016) og viser brukbare effekter på livskvalitet og mestring. Forskerne har også undersøkt hva som bidrar til bedring hos deltakerne, og finner store variasjoner avhengig av diagnose, kjønn, motivasjon og funksjonsnivå (Tuntland et al., 2017). En Cochrane studie om "reenablement in homecare" viser at det både er få gode studier og at effektene som vises ikke er store (Cochrane et al., 2016). Det kan også se ut til at denne formen for rehabilitering kan føre til uventede resultater som isolasjon og uventede innleggelses på sykehus (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland, & Westendorp, 2016). En mindre norsk studie har fokusert hvordan de eldre erfarer hverdagsrehabilitering (Jokstad, Landmark, Hauge, & Skovdahl, 2016). Spørsmålet "Hva er viktig for deg?" var utgangspunktet. En opplevelse av mestring og bedring var avhengig av helsepersonellens evne til både å stille krav men også til å støtte – balansen her var vesentlig.

Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet

Samfunnsbasert rehabilitering

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

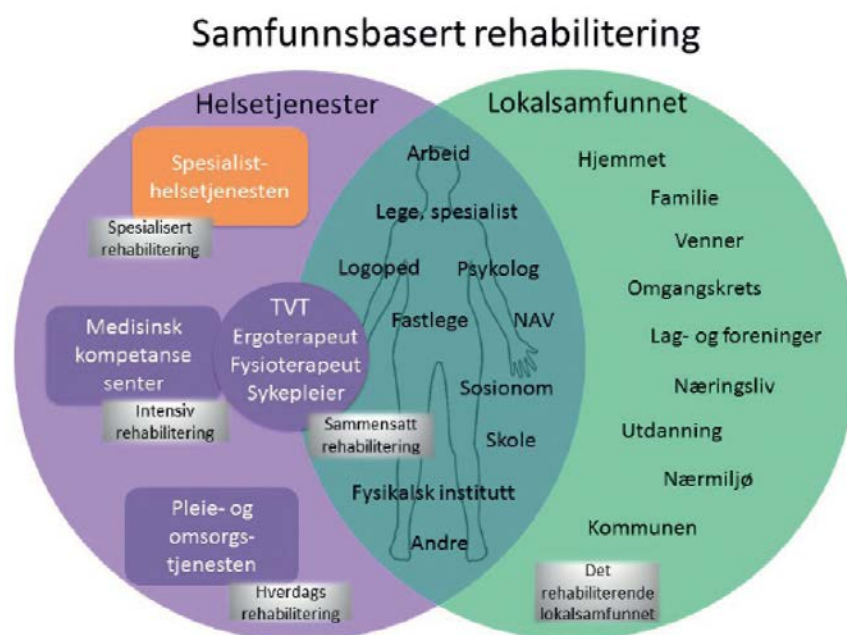
I rehabiliteringsprosjektets modell for samfunnsbasert rehabilitering skilles det mellom tre nivåer av rehabilitering som kan tilbys som helsetjenester:

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

I tillegg skisserer modellen det som kalles for det rehabiliterende lokalsamfunnet; hvordan lokalmiljøet kan støtte opp under og bidra til rehabilitering slik at personen det gjelder kan delta optimalt i samfunnet på den måten han eller hun ønsker å delta.

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

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



Figur 2: Samfunnsbasert rehabilitering fra Delhi et al. (2017)

Diskusjon

Rehabiliteringsprosjektet har arbeidet mest med å utvikle det som er spesialisert rehabilitering. Mye arbeid er nedlagt i å både utrede hvordan man kan tilrettelegge for spesialiserte sengeplasser og bygge et interkommunalt kompetansesenter for intensiv og sammensatt rehabilitering. Overlege og forsker Inger Johansen fra Vestfold har vært en kompetanseleverandør og inspirator for prosjektet, basert på hennes vellykkede etablering av rehabiliteringssenter i Larvik kommune. Hennes prosjekt er gjennomført i en middelstor kommune som nesten har det samme antall innbyggere som kommunene i indre Østfold til sammen. Prosjektet i Larvik er ikke utvidet til å gjelde nærliggende kommuner. Rehabiliteringsprosjektet har den utfordring at de skal få flere større og mindre kommuner til å samarbeide om en modell – på tvers av selvstyrte kommuner med selvstendig budsjett. Det er nedlagt mye arbeid i å forankre prosjektet i eierkommunene, og prosjektet har i prosjektets andre år endret styringsstruktur slik at prosjektleder har en styringsgruppe som er funksjonell i forhold til det arbeidet som skal gjøres, samt direktelinje til prosjektets eiere.

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering skisserer departementet hvilke sykdomsdiagnoser de mener kommunene skal ha ansvar for. Prosjektets egen kartlegging av behovet for rehabiliteringstilbud viser at av de områdene departement framhever, mangler Indre Østfold tilbud til personer med diabetes, muskelskjelett plager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, barn og unge med nyoppdaget funksjonssvikt, psykiske lidelser og rusproblematikk (Dehli et al 2017, s 45). Tilbud som ble vurdert som godt og middels godt var større ortopediske inngrep, kreft, hjerneslag og eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap (ibid s. 47). Når prosjektet skal lage en plan for hvilke typer rehabiliteringsforløp de vil prioritere når de skal teste ut deler av ny modell bør de velge minst et forløp som ikke er så godt dekket. For å spesifisere og konkretisere rehabiliteringsforløp kan man utvikle "Personas" (det vil si hvilke typer funksjonsnedsettelse og rehabiliteringsløp) som er typiske personer som skal inn i rehabiliteringsløp i pilotprosjektet til høsten. Brukere bør gjerne være med på utarbeidelse av personaene. Det bør også arbeides med å spesifisere mulige

tjenesteforløp for disse "Personaene" ved hjelp av tjenstedesign. (inkluderer team, senger, nærmiljø, annen helsehjelp, etc..)

Rehabiliteringsprosjektet ønsker at et tverrfaglig team (TVT) skal forestå vurdering av personen som skal inn i et rehabiliteringsforløp. Det blir vesentlig for kontinuitet i tilbudet at aktørene som har myndighet til å tildele tjenester følger TVTs anbefalinger. Hvordan dette konkret skal løses må aktørene samarbeide om. Det har vært et kritikkpunkt generelt at rehabiliteringstjenestetilbudet ikke er sammenhengende. I modellen som er skissert skal tilbudet være kortvarig med en revurdering av tjenester etter en viss tid (Dehli et al s. 64). De skisserer også at vurderingsteamet skal settes sammen basert på personens rehabiliteringsutfordringer, og det skal være funksjonsnivå, og bedring i funksjonsnivå som skal være bestemmende for videre rehabiliteringsaktiviteter. Prosjektet skisserer at en interaktiv målplan vil være vesentlig for samhandlingen med og rundt personen.

Hvordan tilbudet koordineres ansees også av følgeforskningsteamet som vesentlig. En person som har fått et brått funksjonsfall har ofte verken kompetanse eller innsikt i hva som vil trengs og hva som er mulig i vedkommendes situasjon. Hvordan teknologi understøtter dette er et viktig fokus fremover.

NAV, hjelpemiddelsentralen har stor kompetanse om hjelpemidler og tilpasnings av hjelpemidler og kan også i utprøvningsøyemed levere hjelpemidler som ikke er prisforhandlet.

Andre momenter som bør vurderes videre:

- Ansvarsfordeling innad i teamet. Er det klart hvordan man følger opp? At tverrfaglig team fungerer seg imellom, samt samhandling med andre helseaktører.
- Kommunikasjon med person
- Personorientering og kompetanse hos alt helsepersonell som skal bidra i rehabiliteringsprosessen.

Hvordan teknologi kan understøtte den valgte rehabiliteringsmodellen

Relatert forskning

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

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

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

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

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

Videre pekes det på følgende risikofaktorer og barrierer:

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

Dette er momenter som også kan være relevante i henhold til innføring av rehabiliteringsteknologi.

Videre vil det være relevant å følge pågående arbeide om digitale løsninger for samvalg og individuell plan. PhD arbeidene til Simone Kienlin (Kienlin et al., 2016) ved UiTø og Universitetssykehuset i NordNorge (UNN) og Espen Andreas Brembo (Brembo et al., 2016) ved Høgskolen i Sørøst-Norge er relevante her, samt Reconnect prosjektet (Gammon, Strand, & Eng, 2014) ved Oslo Universitetssykehus². Forskning tyder også på at egenmonitorering ved hjelp av teknologi kan være motiverende for personen i oppfølging av eget rehabiliteringsforløp (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014; Collinge, Yarnold, & Soltysik, 2013).

Tilnærming i rehabiliteringsprosjektet

I den foreslåtte rehabiliteringsmodellen har det tverrfaglige vurderingsteamet (TVT) en sentral rolle. I samarbeid med personen skal de avklare hvilken rolle personen selv ønsker og kan ta i rehabiliteringsforløpet, og de skal også ha spesiell oppmerksomhet rettet mot bruk av rehabiliteringsteknologi som del av forløpet (Dehli et al., 2017, s. 63).

Det er spesielt to hovedaktiviteter som støtter opp under denne delen av rehabiliteringsmodellen:

- Teknologi i et rehabiliteringsforløp
- Småskalatest med verktøy for å støtte det tverrfaglige vurderingsteamet

Teknologi i et rehabiliteringsforløp

I det første prosjektåret ble det nedsatt en egen arbeidsgruppe som skulle spesielt skulle undersøke relevant teknologi i et rehabiliteringsforløp. Underveis i arbeidet ble det klart at det er en rekke ulike teknologier og begreper som grenset opp mot dette temaet, og det ble behov for å avklare hva som ligger i de ulike begrepene. Da de ikke fant en allment utbredt definisjon av rehabiliteringsteknologi, valgte de å foreslå sin egen definisjon av dette (ibid, s. 92):

Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter bruker i en rehabiliteringsprosess

eller

Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter brukere i behandling og arbeidsprosesser som del av et rehabiliteringsforløp

Som vist i avsnitt kapittelet om brukermedvirkning, kan begrepet «bruker» tolkes på ulike måter, og definisjonene over er derfor svært vide, og kan dermed omfatte teknologi som brukes av alle typer brukere i en rehabiliteringsprosess eller et rehabiliteringsforløp. Dette inkluderer personen selv, samt øvrige personer som blir berørt av rehabiliteringsprosessen eller forløpet på en eller annen måte.

Utfra et sett med inklusjonskriterier, ble det laget en liste over ulike typer teknologi som kan være relevante i arbeidsprosesser eller behandling i et rehabiliteringsforløp. Følgende inklusjonskriterier ble brukt (ibid s. 101):

- Teknologien er relevant for kommune og interkommunalt nivå.
- Teknologien styrker samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

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

- Teknologien er beskrevet som et teknologisk produkt eller et prosjekt som beskriver aktuell teknologi for et rehabiliteringsforløp.
- Teknologien må være basert på kjente standarder og åpne grensesnitt.

Prosjektet tenker seg at denne listen over aktuelle teknologier, omtalt som idébanken, kan være starten på et nasjonal eller nordisk ressurs for rehabiliteringsteknologi. I tilknytning til dette kan man også tenke seg et visningsrom for denne typen teknologi.

Det ble også foretatt en vurdering, rangering og kategorisering av de ulike teknologiene. De teknologiene som ble vurdert som mest relevante og nyttige falt inn under følgende hovedgrupper:

- Samhandlingsløsninger og informasjonsflyt mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen
- Telerehabilitering og avstandsoppfølging av pasienter i hjemmet
- Motivasjon og for trening og konkret opptrening

Man fant ikke konkrete løsninger som kunne passe direkte inn i en ambulant og tverrfaglig rehabiliteringsvurdering, noe som underbygger behovet for nye løsninger på dette området og relevansen av småskalatesten som nettopp handlet om utvikling og testing av en slik løsning (se neste avsnitt).

Småskalatest med verktøy for å støtte det tverrfaglige vurderingstemaet

Hensikten med småskalatesten var å teste ut teknologi for samhandling med person og helsepersonell som kunne støtte en tidlig rehabiliteringsvurdering i hjemmet. Det ble inngått en avtale med Imatis AS, om at de skulle levere teknologi til småskalatesten. Det var viktig at valgt løsning skulle understøtte de viktigste målsettingene med ny rehabiliteringsmodell. Løsningen for småskalatesten ble utviklet i et samarbeid mellom fagpersoner i prosjektet og Imatis AS. Gjennom workshops kom fagpersonene fram til hvilket innhold de ønsket i nettbrettet; Følgende aspekter ble framhevet som viktig:

- Fagpersoner med ulike fagbakgrunn bør lett kunne sette seg inn i /få oversikt over hvilke vurderinger og undersøkelser som allerede er gjort med aktuell person.
- Tidsaspektet dvs. at rehabiliteringsforløpet ikke må bli for langt, at man kommer tidlig i gang med vurdering og riktig type rehabiliteringstiltak
- Det bør inneholde kvalitetssikrede tester og sjekklister for å innhente informasjon som er viktig i vurdering av rehabiliteringsbehov. Det bør være enkelt å fylle inn viktig medisinsk informasjon. Et mål med å benytte standardiserte tester er å kunne følge med på at tjenestene har effekt slik at tiltakene kan korrigeres underveis. Verktøyene bør derfor benyttes gjennom hele forløpet.

Hovedelementer i løsningen som ble utviklet er (Dehli et al., 2017)(side 132 – 147).

- Digital registrering: Personens status og tiltak registreres digitalt og deles i sanntid slik at alle i rehabiliteringsteamet deler den samme informasjon om pasienten. Med dette ønsker man å styrke informasjonskvalitet og pasientsikkerhet. Alle i det tverrfaglige teamet deler samme informasjon om pasienten på pc, mobiltelefon, veggskjermer og nettbrett.
- Registrering på nettbrett: Rehabiliteringsteamet gjennomfører vurderingstester og oppdaterer informasjon direkte ute hos personen på nettbrett. Testene blir gjort av helsepersonellet, men sammen med personen.
- Bruk av standardiserte og kvalitetssikrede tester og sjekklister som understøtter arbeidsprosesser for fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Dette bidrar til å kvalitetssikre pasientoppfølgingen og å reduserer risiko for feil. Løsninger som ble valgt er Barthels ADL-indeks, COPM, SPPB, Hånddynamometer, samt spørsmål om hva som er viktig for pasienten for å fremme samvalg.

- Skjermbildene er tilpasset helsepersonellet i det tverrfaglige teamet sine valgte arbeidsprosesser. Ulike filtre sorterer informasjonen og gir ønsket oversikt for hver enkelt person. Teamet kan selv endre visningene ved å legge til eller fjerne informasjon. Løsningen som er utarbeidet kan videreutvikles, eksempelvis ved at informasjonen kan komme inn direkte i journalsystemet som blir benyttet for den aktuelle pasienten.

Erfaringer fra småskaletesten

Testen ble gjennomført i et samarbeid mellom virtuell avdeling (VA) i Eidsberg, en avansert geriatrisk sykepleier, en fysioterapeut og en ergoterapeut. 7 personer ble besøkt hjemme etter utsendelse fra sykehus. Det ble gjennomført en fokusgruppe med fagpersonene, prosjektleder og følgeforsker om erfaringene fra småskaletesten. Resultatene fra dette er oppsummert i et eget dokument. Her siteres hovedkonklusjoner fra dette (Dehli et al., 2017).

Hovedkonklusjonen er at teknologien gjør det mulig med samhandling i sann tid mellom fagpersonene, det er til hjelp for å systematisere testingen, fagfolkene er positive og ser det som et godt hjelpemiddel, de ønsker at det kan snakke med etablerte journalprogram for å bli mer effektivt og de synes det underletter arbeidsprosessen. De ønsker å koble på sykehus og fastlege. De skisserer også mulighetene til at nettbrettet er hos pasienten og at de kan logge seg inn på det de skal registrere. De var positivt overrasket over at det ikke var noe stor motstand fra personene de vurderte i forhold til at de benyttet nettbrett. Personene som gjennomgikk en vurdering var positive til bruk av teknologi og syntes det var naturlig og spennende. På sikt er det ønskelig at funnene vil komme direkte inn i journalsystemet, slik at man sparer tid på å skrive journal.

Diskusjon

Ettersom det tverrfaglige vurderingsteamet (TVT) har en sentral rolle i den foreslåtte rehabiliteringsmodellen er det naturlig å undersøke hvordan teknologi kan understøtte deres arbeid. Småskaletesten gav verdifulle erfaringer her, og vi tror videre utvikling av denne løsningen vil være viktig i det videre arbeidet. I diskusjon blant forskerkolleger på Vitensenteret ved HSN ble det understreket at man bør unngå å innføre nye systemer for dokumentasjon om pasienter utenfor den etablerte journalen, og at integrasjon med eksisterende journalsystemer derfor blir viktig. Dette har også rehabiliteringsprosjektet selv vært inne på.

Den foreslåtte rehabiliteringsmodellen legger også vekt på myndiggjøring av personen, og å engasjere personen i sitt eget rehabiliteringsforløp. For å få dette til tror vi dette aspektet bør styrkes ytterligere. Her kan man også vurdere digitale verktøy for personen. Hvordan kan personen få oversikt over hvilke muligheter han/hun har og hva de betyr? Gis personen nok tid til å tenke gjennom valgene? Hvordan kan man skape kontinuitet i relasjon til vurderingsteamet? For personen vil det være viktig å ha én person å forholde seg til. Hvem har den koordinerende funksjonen for personen? Det vil være både behov for opplæring av helsepersonell og person. Videre tyder forskning på at egenmonitorering og selvregistrering kan være med på å skape motivasjon og mestring for personen (se avsnitt om relatert forskning s. 12).

Hvordan prosjektet skaper verdi

Prosjektet har i år1 innhentet kunnskap om gevinstmodeller og resultater fra forskning på tilsvarende prosesser andre steder. Mest sentralt har effektmodellen fra forskningsprosjektet «Outcome of primary

health care rehabilitation of older disabled people in two different settings, Inger Johansen, 2013» vært. Beslutning og implementering av flere sentrale tiltak vil være avgjørende for om man oppnår effekter ved en tilsvarende organisering i Indre Østfold. Ut fra dagens kunnskap vil de største risikofaktorene være:

- Handlingsrom for å flytte korttidsplasser med rehabiliteringstjeneste fra lokale sykehjem til en profesjonell felles rehabiliteringsenhet. Øket behandlingseffekt og redusert behandlingstid ved en profesjonell felles enhet vil kun føre til økonomisk merverdi dersom også frigjort kapasitet på lokale korttidsplasser blir optimalisert. Dette krever interkommunalt samarbeid og reallokering av lokale driftsbudsjett, og er i mindre grad bevist i sammenlignbar forskning.
- Driftseffektiviteten ved en profesjonell felles rehabiliteringsenhet er avhengig av både pasientgrunnlag, tilgang på kompetanse og av rasjonelle driftsforhold.
- Økonomisk effekt av et tverrfaglig vurderingsteam (TVT). Dette tiltaket er i mindre grad dokumentert i tidligere studier, og det vil være avgjørende å finne gode driftsmodeller der teamet tilfører reell merverdi utover dagens tjeneste
- Å sikre forankring av endringsprosessen både hos involverte medarbeidere, ledere, politikere og i befolkningen i totalt 7 kommuner er svært krevende, og vil kunne føre til motkrefter som potensielt kan redusere merverdien av prosjektet.

Merverdi ved innføring av ny teknologi

Prosjektet har i år 1 testet ut ny teknologi for samhandling ifbm. småskalatest (bruk av Imatis for kartlegging og samhandling). For å sikre verdien ved implementering av samhandlingsteknologi i større skala vil det være avgjørende å sikre at de nye løsningene fungerer opp mot øvrige tekniske løsninger i alle kommuner og potensielt også i samhandling mot spesialisthelsetjenesten.

I år 2 er det planlagt utprøving av utvalgte innovative behandlingstilpasninger. Det vil være viktig å evaluere kost/nytt og tilført merverdi ved utprøving av disse løsningene.

«Personen er sentrum» versus silotenkning

Prosjektet har en ambisjon om å sette «personen i sentrum», dvs. å gi personen som har behov for rehabilitering større myndighet og mulighet for å styre sin egen prosess og formulerer dette som "personen er sentrum". Dette vil stille store krav til en rekke eksisterende økonomiske og organisatoriske strukturer, for eksempel;

- Lokal vedtaksstruktur vs. ansvar for egen rehabilitering. Vi stiller spørsmål ved om dagens praksis med lokal vedtaksstruktur vil hindre en effektiv medbestemmelsesrett over egen rehabilitering dersom brukerens ønske blir overprøvd. Det ble i workshop diskutert mulighet for å teste ut en modell der brukeren ble gitt en ramme for egen rehabilitering og at personen i samarbeid med fagkompetanse selv avgjør når og i hvor stort omfang tjeneste skal benyttes.
- Forløp knyttet til overføring av pasient fra sykehus til kommunal helsetjeneste bør utvikles slik at man i større grad er i stand til å sikre god informasjonsflyt og bistand i forbindelse med oppfølging av individuelle behov. Tilsvarende vil det bli behov for gode forløp knyttet til opphold på felles profesjonell rehabiliteringsenhet.

Dagens kostnads- og inntektsmodell er i stor grad basert på en silotenkning der man har adskilte ansvarsområder. En aktiv rehabilitering krever samhandling mellom flere enheter (f.eks sykehus, kommunal

hjemmehelse, fastleger, private spesialister, og rehabiliteringsenhet) og utfordrer dette systemet. For å være i stand til å bygge en mer effektiv rehabiliteringstjeneste på interkommunalt nivå bør man også vurdere økonomi-modellene.

Kvalitet og omfang på tjenester versus effektivitet og økonomisk gevinst

Prosjektet har som ambisjon å sikre bedre rehabilitering på kortere tid, samt gjøre den enkelte person bedre i stand til å ta egne valg. Å balansere kvalitet i tjenestene opp mot krav om effektivisering og gevinstrealisering vil kreve kompetent ledelse og god forankring av løsningene for å unngå ubalanse ved at enten man opplever kostnadsvekst, eller at kvaliteten på tjenesten reduseres gjennom ensidig fokusering på kostnadsreduksjon.

Det er også viktig å være bevisst på et utvidet verdibegrep der merverdi av nye og forbedrede rehabiliteringstjenester synliggjøres på for alle nivåer; personens livskvalitet, kommunal økonomi/sykehusøkonomi, samfunnsmessig helsekostnader inkludert sykefraværskostnader og eventuelle næringsverdier.

Arbeidet med gevinstrealisering er godt planlagt og forankret i prosjektet. Momentene over er til innspill for den videre planlegging og implementering av prosjektet.

Konklusjon og anbefalinger

Vi oppfatter at rehabiliteringsprosjektet har hatt fokus på følgende hovedtemaer:

- Raskere igangsetting av rehabiliteringstiltak gjennom etablering av tverrfaglig vurderingsteam
- Etablere en profesjonell interkommunal rehabiliteringsenhet for å sikre intensiv rehabilitering med høy kvalitet.
- Styrke og hjelpe personen til et raskere og bedre rehabiliteringsforløp (myndiggjøring av person)
- Utvikling av modell for samfunnsbasert rehabilitering
- Samhandling mellom de ulike aktørene i rehabiliteringsforløpet (sykehus, fastlege, kommuner, etc.)
- Sikre effektiv gevinstrealisering av planlagte tiltak.

Noen foreløpige betraktninger om rehabiliteringsprosjektet

- Prosjektet er godt organisert, strukturert og ledet.
- Det er jobbet godt med å involvere ulike aktører og 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.
- Prosjektet har gjort en vellykket småskalatest av det nettbrettbaserte digitale verktøyet som ble utviklet for å støtte det tverrfaglige vurderingsteamet.

Følgerevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

- Myndiggjøring av person og samfunnsbasert rehabilitering er viktige elementer i den valgte rehabiliteringsmodellen. Brukerperspektivet bør styrkes og være førende 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 tjenestedesign.
 - 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.
- Fokuserer 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.

Referanser

- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Westendorp, R. G. (2016). Reablement: supporting older people towards independence. *Age and ageing*, *afw094*.
- Barrett, F. (2012). *Yes to the mess: Surprising leadership lessons from jazz*: Harvard Business Review Press.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet Interventions*, *1*(4), 205-215.
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune...[including commentary by Mona Carlsen]. *Sykepleien Forskning*, *11*(1).
- Brembo, E. A., Kapstad, H., Eide, T., Månsson, L., Van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Patient information and emotional needs across the hip osteoarthritis continuum: a qualitative study. *BMC health services research*, *16*(1), 88.
- Collinge, W., Yarnold, P., & Soltysik, R. (2013). Fibromyalgia symptom reduction by online behavioral self-monitoring, longitudinal single subject analysis and automated delivery of individualized guidance. *North American journal of medical sciences*, *5*(9), 546.
- Dehli, K. A., Devold, K., Kobbevik, Å., Paulsen, I. T., & Johansen, A. (2017). Innovativ rehabilitering indre Østfold (2017) Prosjektrapport. Forslag til handlingsplan 2017-2020. Retrieved from
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T., & Eide, H. (2015). *Implementering Av Velferdsteknologi I Helse Og Omsorgstjenester*. Retrieved from Drammen:
- Enmarker, I., & Olsen, R. M. (2014). Utprøving av kommunal behandlingseenhet: erfaringer og utfordringer i bruk av akutt plasser i sykeheim. Rapport Høgskolen i Nord-trøndelag
- Forskrift, o. h. o. r. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. *Fastsatt ved kgl. res*(1256).
- Gammon, D., Strand, M., & Eng, L. S. (2014). Service users' perspectives in the design of an online tool for assisted self-help in mental health: a case study of implications. *International journal of mental health systems*, *8*(1), 2.
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, (2017).
- HOD. (2014 - 2015). Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Oslo.
- 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.
- 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), 1.
- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S., & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering-Mestring og muligheter– krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *2*(03), 212-221.
- Kienlin, S., Kristiansen, M., Ofstad, E., Liethmann, K., Geiger, F., Joranger, P., . . . Kasper, J. (2016). Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*.
- Kjellberg, P., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. *Notat/Prosjekt*, 333.
- Kristjansdottir, O. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., van Dulmen, S., . . . Eide, H. (2013a). A smartphone-based intervention with diaries and therapist feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain. part 2: 11-month follow-up results of a randomized trial. *J Med Internet Res*, *15*(3), e72. doi:10.2196/jmir.2442
- Kristjansdottir, O. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., van Dulmen, S., . . . Eide, H. (2013b). A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in

women with chronic widespread pain: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 15(1), e5.
doi:10.2196/jmir.2249

Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering-en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?

Martens, P. J. (2006). *Using the repository housed at the Manitoba centre for health policy: learning from the past, planning for the future*. Paper presented at the Conférence sur les enquêtes longitudinales sociales et de santé dans une perspective internationale, Statistique Canada, Montréal.

Nes, A. A., van Dulmen, S., Eide, E., Finset, A., Kristjansdottir, O. B., Steen, I. S., & Eide, H. (2012). The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. *Diabetes Res Clin Pract*, 97(3), 385-393.
doi:10.1016/j.diabres.2012.04.019

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.

NOU. (1998:18). Det er bruk for alle.

Schulz, T., & Fuglerud, K. S. (2012). Creating Personas with Disabilities. In K. Miesenberger, A. Karshmer, P. Penaz, & W. Zagler (Eds.), *Computers Helping People with Special Needs, Lecture Notes in Computer Science* (pp. 145-152). Berlin: Springer.

Stålbrøst, A. (2008). *Forming Future with IT: The Living Lab Way of User Involvement*. (PhD), Luleå.

Standard Norge. (2013). NS 11040 Universell utforming – Brukermedvirkning og IKT'.

Sverdrup, S. (2014). *Evaluering Tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thesen, J., & Malterud, K. (2001). Empowerment» og pasientstyrking—et undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(13), 1624-1628.

Tønnessen, S., Kassah, L., Lilljan, B., & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien: "Vi må bare ta imot pasienten". . *Sykepleien Forskning*, 11(1).

Tuntland, H., Kjekken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Førland, O., & Aaslund, M. K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical interventions in aging*, 12, 55.

Vedlegg: Utførere av følgeforskningen

Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge³ (HSN) ved professor Hilde Eide og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, i samarbeid med Oslo Medtech⁴ ved Bent Håkon Lauritsen

Høgskolen i Sørøst Norge

Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) er landets nest største statlige høyskole, målt i totalt antall studenter, og større enn flere av dagens universiteter.

Høgskolen i Sørøst-Norge ble dannet 1. januar 2016, da Høgskolen i Buskerud og Vestfold fusjonerte med Høgskolen i Telemark. Den 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 Høgskolen i Sørøst-Norge. **Vitensenteret helse og teknologi⁵** 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:

- Forskning og innovasjon,
- Næringsutvikling og entreprenørskap
- Utdanning og tjenstedesign

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

Oslo Medtech

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

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

³ www.usn.no

⁴ www.oslomedtech.no

⁵ <https://www.usn.no/vitentest/>

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

Oslo Medtech 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 Høgskolen i Sørøst-Norge, 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 kommunisere 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 leder 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 till sin stilling ved Vitensenteret HSN, 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, brukervedvirkning, brukersentrert systemutvikling, kvalitative bruker-undersøkelser, samarbeid med private og offentlige virksomheter og ulike brukerorganisasjoner.

Bent Håkon Lauritzen; Siviløkonomi og programansvarlig i Oslo Medtech for innovative anskaffelser og utvikling av profesjonelle testfasiliteter ved de største sykehusene i Norden – se www.nordictestbeds.org. Han har i tillegg oppdrag som kompetansemegler for Buskerud Fylkeskommune med fokus på næringsrettet forskning i Buskerud. Han har hovedfokus på utvikling, testing og implementering av innovative produkter og tjenester i helse- og omsorgssektoren i partnerskap mellom næringsliv og offentlig sektor. Han er også tilknyttet Høgskolen i Sørøst-Norge som timeforeleser.

usn.no/vitensenteret

