

Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering

Helsehuset Indre Østfold Medisinske
Kompetansesenter IKS

Følgeevaluering, delrapport 3

Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide

Drammen, 17.04.2019



Dokumentinformasjon

Tittel	Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS: Følgeevaluering, delrapport 3
Forfattere	Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide
Dato	17.04.2019
Emneord	Rehabilitering, innovasjon, velferdsteknologi, tjenstedesign
Tilgjengelighet	Åpen
Antall sider	35
© Copyright	Universitet i Sørøst-Norge og Norway Health Tech

Sammendrag og anbefalinger

Rehabiliteringsprosjektet i denne perioden har 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.

Følgforskernes 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.

Følgeevalueringen 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.

Innhold

Sammendrag og anbefalinger	3
Innhold	5
Innledning	6
Bakgrunn	6
Følgeevaluering - Design, metode og gjennomføring	10
Temaer og metodikk for følgeevalueringen i 2018	10
Resultater	12
Rehabiliteringsprosjektets fokus i 2018	12
Personorientering og lokalsamfunnet.....	13
TVTs organisering og kapasitet.....	16
Forankring og ny kommunestruktur	21
Vurdering av implementeringsprosessen	23
Referanser	26
Vedlegg 1: Rehabiliteringsprosjektets formål og overordnede mål.....	27
Vedlegg 2: Sammendrag følgeforskning 2017.....	29
Vedlegg 3. Sammendrag følgeforskning 2016.....	31
Vedlegg 4: Intervjuguide / spørreskjema person	32
Vedlegg 5: Temaguide fokusgruppe forankring	33
Vedlegg 6: Utførere av følgeforskningen	34

Innledning

Prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» startet i mai 2016 og er våren 2019 ferdig med sitt tredje år med finansiering over statsbudsjettet, og i gang med fjerde år. For enkelhets skyld omtaler vi dette prosjektet som «rehabiliteringsprosjektet» i denne rapporten.

Rehabiliteringsprosjektet leverte den 18.01.2017 en rapport i prosjektets første år, med anbefalinger og forslag til en handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli, Devold, Kobbevik, Paulsen, & Johansen, 2017). Det er også utarbeidet rapport for følgeevalueringen for det første året (Eide, Fuglerud, & Lauritsen, 2017) med fokus på brukermedvirkning, den valgte rehabiliteringsmodellen, prosjektarbeid og verdiskapning, og det andre året (Fuglerud, Lauritsen, & Eide, 2018) med fokus på brukermedvirkning, TVTs arbeidsmetodikk, forankringsarbeid i kommunen og grunnlag for måling av effekter av ny rehabiliteringsmodell. Anbefalingene fra de tidligere rapportene finnes bak i vedlegg 2 & 3.

Denne rapporten oppsummerer resultater fra følgeforskning og evaluering av rehabiliteringsprosjektet i det tredje året, dvs i 2018. I denne perioden har følgeforskningen først og fremst hatt fokus på hvordan prosjektet har tilrettelagt for

1. Personen og lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringsforløpet
2. TVT's organisering og kapasitet, inkludert bruk av teknologi
3. Implementering, forankring og ny kommunestruktur

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. Det har deretter blitt bevilget ytterligere 15 millioner kroner per år til videreføring i årene 2017 - 2020.

Denne rapporten omhandler først og fremst arbeidet som er gjort i 2018.

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, s 16 & 65). Denne modellen er inspirert av WHO's modell kalt "Community Based Rehabilitation" (CBR)¹. 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

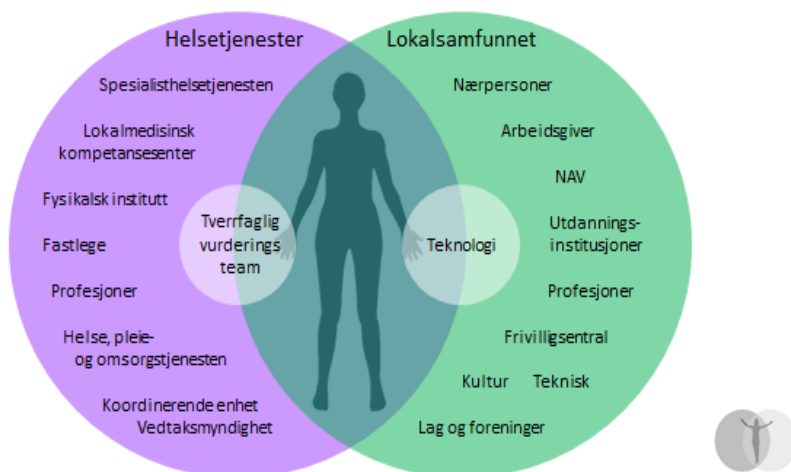
¹ <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>, <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>

typer av rehabilitering som kan tilbys som helsetjenester 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 brukerfokus og -medvirkning. Hvordan lokalmiljøet kan støtte rehabiliteringsprosessen har hatt spesielt fokus i 2018. Figuren nedenfor visualiserer forholdet mellom helsevesenets ansvar for rehabiliteringstjenester og skisserer hvilke muligheter i personens omgivelser som kan bidra positivt i en rehabiliteringsprosess. 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. Som en del av rehabiliteringsprosjektets handlingsplan for 2017 – 2020 (Dehli et.al., 2017) ble det anbefalt at det bygges opp et interkommunalt ambulans tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og at det opprettes senger for intensiv rehabilitering (SIR) for personer som har behov for rehabilitering på institusjon.

Samfunnsbasert rehabilitering



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

Historikk: Rehabiliteringsprosjektets tilnærming og arbeid

Rehabiliteringsprosjektets arbeidsmetodikk bygger blant annet på Demings modell for utvikling og kvalitetsarbeid. Prosjektet har beveget seg i Demings sirkel – «forberede - planlegge - utføre - evaluere - følge opp» - i en kontinuerlig prosess. De har jobbet med forankring og involvering av brukere, både brukere av rehabiliteringstjenester og fagpersoner som bidrar i rehabiliteringsprosesser. Videre har det vært vesentlig med en transparent prosess ettersom Helsehuset eies av syv kommuner. I tillegg har det vært avgjørende å forsøke «gå i takt» med prosesser rundt kommunesammenslåing som fem av de syv eierkommunene holde på med for å etablere en ny storkommune "Indre Østfold" 1.1.2020. Dette får også konsekvenser for de to kommunene Marker og Skiptvedt som ikke inngår i storkommunen.

Rehabiliteringsprosjektet har fokusert og strukturert arbeidet ved å etablere ulike arbeidsgrupper med

egne arbeidsplaner og mandat.

I 2016 nedsatte rehabiliteringsprosjektet tre arbeidsgrupper som arbeidet med helhetlige rehabiliteringsforløp, rehabiliteringsenhet og ambulant team samt teknologi i et rehabiliteringsforløp. En spørreskjemaundersøkelse for å kartlegge eierkommunenes rehabiliteringstjeneste, samt studier av relatert forskning, regelverk, krav og føringer for kommunal rehabilitering dannet grunnlag for en analyse og vurdering av hvilke krav disse føringene stiller til kommunehelsetjenesten. Det ble også gjennomført en småskalatest med fokus på teknologi, tverrfaglig team og vurderingsrutiner. Et arbeid for å ha grunnlag for å vurdere gevinstrealisering ble påbegynt. Dette resulterte i arbeidsmodell for «Samfunnsbasert rehabilitering». Arbeidet ble oppsummert i prosjektrapporten med forslag til handlingsplan 2017-2020 (Dehli et.al., 2017).

I 2017 ble det arbeidet i tre arbeidsgrupper med temaene: tverrfaglig vurderingsteam, senger for intensiv rehabilitering og person som eier av egen rehabiliteringsprosess. Det ble gjennomført en kartlegging av bruk og organisering av rehabiliteringssenger ute i eierkommunene. Hovedoppgaven til TVT beskrives som følger (TVT, 2017):

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

Det ble gjennom 2017 arbeidet med person-perspektivet i modellen og arbeidet ble avsluttet og presentert gjennom en rapport (Lein et al., 2018) og et seminar vinteren 2018. Arbeidet resulterte i 13 anbefalinger²:

1. *Personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess; all aktivitet må ha dette som utgangspunkt uansett hvor og på hvilket nivå den enkelte person er.*
2. *En rehabiliteringsprosess skapes av personer i en likeverdig og gjensidig avhengig relasjon.*
3. *Personen og fagpersonen er likeverdige individer med ulik kompetanse i rehabiliteringsprosessen. Både person og fagperson skal utveksle kompetanse og veilede hverandre.*
4. *Tjenesteutøver skal innrette sin veiledersrolle etter de faser som eieren av prosessen går igjennom.*
5. *Rehabiliteringspotensialet er i stor grad avhengig av om en person er villig til å bli veiledet og er motivert. Denne avklaringen må derfor gjøres tidlig i prosessen.*
6. *Det bør benyttes og utvikles gode samskapingsverktøy og dialogverktøy.*
7. *Det bør benyttes teknologi som kan understøtte rehabiliteringsprosessen.*
8. *I rehabiliteringsprosesser foreslås det å benytte en avtale om individuell rehabilitering som skal være styrende for prosessen. Denne avtalen er å anse som en kontrakt mellom personen og rehabiliteringstjenesten, og legges til grunn for nødvendige vedtak.*
9. *Når det legges en plan for individuell rehabilitering, er det viktig at nærpå personer forstår målene som settes, og at de også understøtter disse.*
10. *Ansatte ved rehabiliteringsenheten skal ha eller få tilført, nødvendig kompetanse til å kunne arbeide med og stimulere de verdier som ligger i prinsippet om at det er personen som eier sin egen rehabiliteringsprosess.*
11. *Rehabiliteringstjenesten i Indre Østfold bør gjennom sitt lærings- og mestringsarbeid knytte til seg likepersoner som har vært igjennom en rehabiliteringsprosess og som kan være med og skape trygghet og motivasjon for personer som er på vei inn i sin rehabiliteringsprosess.*

² Nyhetsbrev fra rehabiliteringsprosjektet, April 2018

12. Rehabiliteringstjenesten bør ledes og organiseres i tråd med verdiene om at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess.
13. Rehabiliteringstjenesten i Indre Østfold anbefales organisert på en måte som understøtter rehabilitering som et eget fagområde i samarbeid med enheter som har samfunnsdeltakelse som målsetting.

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 som denne rapporten omhandler. 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 gir forskerne også regelmessig innspill til prosjektet i regelmessige dialogmøter; men forskerne konsulteres også ved behov. Studien er meldt til personvernombudet for forskning

Temaer og metodikk for følgeevalueringen i 2018

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 (I) Fokusgruppe (FG)	Deltagende observasjon	Dokument-analyse	Spørreskjema Kvalitetsregister
<i>Personens perspektiv og lokalsamfunnet som ressurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> • I med 6 personer som har fått oppfølging av TVT • FG-fagperson • FG-TVT 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogmøter med forskerne • Deltakelse i delprosjekt Helhetlig forløp • Deltakelse på workshops med bruker-organisasjoner og frivillige 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektets rapporter og møte-referater 	<ul style="list-style-type: none"> • Spørreskjema sendt til alle som har mottatt rehabilitering
<i>TVT's organisering og kapasitet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • FG-TVT • FG-Forankring (FG-F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakelse i delprosjekt Helhetlig forløp 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektets rapporter og møte-referater 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse av data fra kvalitetsregisteret
<i>Forankring og ny kommune-struktur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • FG-fagperson • FG-F 	<ul style="list-style-type: none"> • Møte med statssekretær • Møte med kommunal-direktør steds-utvikling og innbygger-dialog 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter og saker som er sendt til politisk behandling • Prosjektets møte-referater 	

Fokusgrupper: Det har vært gjennomført 3 fokusgruppe intervjuer med:

1. 5 fagpersoner i kommunene (FG-fagperson), bestående av avdelingsledere på korttid avlastning/rehab, og fysioterapeut og ergoterapeut i kommunene.
2. 6 medlemmer av TVT (FG-TVT), tverrfaglig
3. 8 sentrale personer (FG-Forankring), bestående av deltakere på tvers av kommuner, sektorer og enheter (inntakskontor, fagpersoner, ledere for hjemmetjeneste og sykehjem, NAV, rehabiliteringskoordinator Sykehuset Østfold)

Spørreskjema ble sendt ut til alle personene som har fått rehabiliteringstjenester av TVT. Etter førstegangsutsendelse var det lav svarrespons. Vi har derfor valgt å ikke ta med disse i denne rapporten, men vi vil ha forsterket fokus på dette i prosjektets neste fase i 2019. 6 personer ble intervjuet. Disse personene representerte begge kjønn, noen hadde mottatt tjenester over lang tid, noen hadde anvendt rehabiliteringsteknologi.

Skriftlige kilder: Evalueringsgruppen har hatt tilgang til en mengde skriftlig dokumentasjon fra prosjektet. God tilgang til prosjektdokumentasjon har vært viktig for å kunne bidra med innspill og faglige råd. Løpende tilsendt prosjektdokumentasjon både fra møter og analyser. Alle prosjektdokumenter er løpende blitt oversendt fra prosjektleder og lagret i felles dokumentsystem:

- e-post
- møterefater
- analyser som det jobbes med
- prosjektplan
- delrapporter

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.

Resultater

Rehabiliteringsprosjektets fokus i 2018

Pilotering av TVT ble startet i september 2017, og ble deretter videreført som et interkommunalt prosjekttiltak i 2018. I 2018 har teamet totalt fått henvist 88 personer og har igangsatt rehabilitering for 61 personer. I 2018 er det arbeidet videre med å integrere personperspektivet inn TVT's arbeidsmetodikk. Dette vil vi utdype både i evaluering av hvordan personperspektivet er ivaretatt og videreført i avsnittet om TVTs funksjon og muligheter for skalering.

I 2018 har rehabiliteringsprosjektet også arbeidet videre med forankring av modellen for samfunnsbasert rehabilitering og etablering av tjenester. Målsettingen har vært å arbeide fram et grunnlag for beslutning om etablering av tjenester, inkludert videreføring av TVT samt etablering av senger for intensiv rehabilitering (SIR) i den nye storkommunen Indre Østfold (som trer i kraft fra 1.1.20). Anbefalingen er at dette skal erstatte senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene. To arbeidsgrupper har i 2018 arbeidet med etablering av tjenester og utvikling av helhetlige forløp og mobilisering av lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringsforløpet (Paulsen, Delhi, & al., 2019 april). Videre er det bestemt at alle som får tjenester fra TVT skal bli screenet for ernæringsmessig risiko. Prosjektet har arbeidet med å få inn verktøy for ernæringscreening. Her er det besluttet at MNA (Mini Nutritional Assesment) skal benyttes for personer over 70 år og NRS 2002 (Nutrition Risk Screening) for personer under 70 år.³ Også når det gjelder ernæring er det viktig med kompetanse, informasjon og gode overganger mellom TVT og hjemmetjenesten i kommunen.⁴

Etablering av interkommunale senger for intensiv rehabilitering ble forankret hos eierkommunene gjennom politiske vedtak i desember 2017. Dette sees i sammenheng med etablering av helsetjenester i nye Indre Østfold kommune og fremtidig eierstruktur ved Helsehuset. I tilknytning til dette har prosjektet også anbefalt etablering av dagavdeling/ dagtilbud til personer som har behov for intensiv rehabilitering, men som ikke har behov for innleggelse. Her vil læring og mestring kunne inngå som en integrert del av den interkommunale rehabiliteringen, og hvor det satses på samhandling med frisklivssentraler og folkehelsemiljøet i den nye kommunen. Det er også etablert et samarbeid med NAV hvor en jobbspesialist er fast deltaker inn i TVT, samt at teamet har tilgang til en egen saksbehandler som kan delta ambulant ut i personers hjem ved behov for bl.a sosionom kompetanse. Prosjektet har fått økt tilgang på logoped via Sunnaas. Alle resultatene og innspillene fra arbeidsgruppene tas med videre inn forberedelser til drift av tjenester og frem mot oppstart av pilot for rehabiliteringssengepost i 2019.

Rehabiliteringsprosjektet har også i 2018 arbeidet videre med utprøving av teknologi som kan understøtte personens rehabiliteringsprosess. Videokonferanseteknologi for samhandling mellom Sykehuset Østfold og kommuner i Indre Østfold i utskrivningsplanlegging og koordinering av videre oppfølging med hensyn til rehabilitering i kommunen ble prøvd ut. Hensikten var å få erfaring med videokonferanse som samhandlingsverktøy rundt personen⁵. Digitalt samarbeid med logoped på Sunnaas er også testet ut.

³ Referat fra møte i prosjektstaben, 21. august 2018.

⁴ Paulsen IT (2019) Hvordan sikre at ernæringsstatus blir en del av rehabiliteringsforløpet. Fokusgruppe ernæring – prosjekt Innovativ rehabilitering.

⁵ Olofsson R, Karlsøen E, Johannessen BB, Williamsen JR, Ekvold I, Olofsson R, mfl. (2019) Sluttrapport « Virtuell samhandling i et rehabiliteringsforløp». 2019 mars.

Personorientering og lokalsamfunnet

Rehabiliteringsprosjektet har i 2018 intensivert fokuset på høyresiden i rehabiliteringsmodellen. En egen arbeidsgruppe har jobbet med hvordan man kan inkludere og samarbeide med lokalsamfunnet og frivillige lag og foreninger. De har hatt flere samlinger, samt workshops med frivillige, interesseorganisasjoner, lag og foreninger. Dette er godt dokumentert i en egen rapport fra Arbeidsgruppen for helhetlige forløp (Paulsen, Delhi, & et.al., 2019, mars).

I tillegg har rehabiliteringsprosjektet anskaffet og startet utprøving av Nyby som er en digital plattform for direkte kobling og koordinering av mennesker. Her kan TVT f.eks. legge inn et behov på vegne av en person, og frivillige som er kvalifisert for å ta slike oppdrag kan så melde seg hvis det passer. Fagpersonene vi var i kontakt med hadde ikke hørt om Nyby, så det er en oppgave for prosjektet å gjøre denne muligheten mer kjent.

Personorientering

Motivasjon og rehabiliteringspotensialet

Rehabiliteringsmodellen understreker at personen skal eie sin egen prosess, og at motivasjon og ønske om aktivitet må komme fra personen selv. Samtidig møter TVT av og til personer som har liten eller svak motivasjon, og hvor det er behov for å hjelpe personen å finne sin motivasjon (FG TVT). Dersom personen ikke er motivert kan det være et begrenset rehabiliteringspotensiale, og det er et spørsmål om hvor lenge oppfølgingen fra TVT skal fortsette. På den ene siden kan det ta tid å erkjenne et funksjonstap, og forstå at man må jobbe ut fra nåværende situasjon. På den andre siden er rehabiliteringspotensialet i stor grad avhengig av om en person er villig til å bli veiledet og er motivert, og TVT søker derfor å avklare dette tidlig i rehabiliteringsprosessen.⁶

Blant oppgavene som fagpersonene har er å bidra til å fremme pasient og brukers motivasjon og ressurser.⁷ Spørsmålet er hva som kan bidra til å øke disse personenes motivasjon.

I fokusgruppen for fagpersoner ble det diskutert hvordan hele personens holdning ofte må snus, fra å være en mottaker av råd og tjenester, til selv å skulle være i førersetet. Tradisjonelt sett er helsetjenesten svært gode på pleie og omsorg, men ulempen er at personene kan bli passive. Fagpersonene har et inntrykk av at jo lenger en person har vært i helsetjenesten, jo mer forventer de å bli fortalt hva de skal gjøre. Fagpersonene diskuterte hvordan man kan benytte aktiviteter i hverdagen til å trene, men også hvordan enkelte personer kan være motvillige til å komme i gang med hjemmetrening. Av og til sier personen ja, men fagpersonen kan få en følelse av at personen ikke er motivert allikevel. Ulike tilnærminger har vært nevnt i rehabiliteringsprosjektet, f.eks. bruk av motiverende intervju eller kognitiv terapi. I FG-TVT og -fagperson nevnes flere tiltak for å bidra til personens motivasjon. Det kan være å forsøke å hjelpe personen til å se andre sider ved seg selv gjennom å kartlegge personens interesser og ressurser, å skaffe oversikt over frivillige lag og foreninger, og å synliggjøre hvordan man kan komme tilbake til en aktivitet eller begynne i ny aktivitet. Sammen med frivillige organisasjoner og lag kan man kanskje finne fram til en ny rolle for personen slik at vedkommende kan bli en del av en sosial sammenheng. Det å skulle komme tilbake til, eller inn i nye aktiviteter og roller kan i sin tur gi mer motivasjon i rehabiliteringsarbeidet. For å komme igang med dette kan personen trenge hjelp i starten med koordinering og igangsetting, og TVT kan derfor bidra med dette.

⁶ Referat fra arbeidsmøte 26 februar, 2019 seng-dag.

⁷ [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet.](#) Sett mars 2019.

I følge Borg, Sjøfjell, Ogundipe, & Bjørlykke, (2017) kan likepersonsarbeid og selvhjelp være viktige verktøy i personers endringsprosesser. Det finnes få fasiter, men gjennom dialog og refleksjon over egne utfordringer i møte med andre mennesker kan man se på sin situasjon med nye øyne, og det kan være kilden til læring og nye handlingsmønstre. Når man fokuserer på hva en selv kan gjøre for å forbedre egen livssituasjon, kan det være lettere å få utbytte av behandling, rehabilitering og andre offentlige tjenester.

Behov for tett oppfølging for å styrke aktivisering, læring og mestring

Utfordringer med tiltaksløshet og manglende motivasjonen kommer også fram i enkelte intervjuer med personer som har fått rehabiliteringstjenester fra TVT (ref fotnote 7). Slike utfordringene kan ha kommet som en konsekvens av sykdom eller skade (f.eks. psykisk sykdom eller slag), eller blitt forsterket av dette. I den forbindelse diskuteres også viktigheten av å sette realistiske mål, og at det ikke bare er fysiske forutsetninger, men også psykiske forutsetninger som setter grenser for hva man klarer. Dersom målsettingene er for optimistiske i starten, kan man oppnå at personen blir midlertidig motivert, men samtidig er det en fare for at personen blir desillusjonert dersom målene etter en tid virker uopnåelige.

Blant forbedringstiltak som ble nevnt av enkelte personer, var hyppigere og tettere oppfølging, samt deltakelse i grupper sammen med personer med lignende utfordringer. Det ble også nevnt at det ville være ideelt med en treningsgruppe på Helsehuset for folk i samme situasjon og som er på omtrent samme nivå som en selv. For noen er det ikke aktuelt å delta i frivillige lag og grupper mens de er i rehabilitering, da forskjellen i situasjon og funksjonsnivå oppleves som for stor. Dette illustrerer et behov for et dagtilbud for intensiv rehabilitering med fokus på aktivisering, læring og mestring. Dette kan også bidra til økt livskvalitet og forebygging av ensomhet.

TVT opplever også andre utfordringer knyttet til det at personen skal eie sin egen prosess. F.eks. kan det hende personen ikke husker at de avtaler og mål man har blitt enige om på grunn av kognitive utfordringer. Det kan også dukke opp problemstillinger rundt hvor mye man skal korrigere på personer med kognitive utfordringer når de skal trene på hverdagsoppgaver. Det er viktig å ivareta opplevelsen av verdighet og mestring samtidig som det også er et mål å kunne utføre aktiviteten godt nok til å klare seg selv etterhvert. For å håndtere mange av de etiske problemstillingene som dukker opp underveis har TVT satt opp etisk refleksjon på den ukentlige timeplanen.⁸

Lokalsamfunnet som ressurs

Nærpersoner må få innføring i rehabiliteringstankegang

Det å involvere pårørende eller nærpersoner krever samtykke fra personen selv. Fagpersonene ser at det er behov for å lære opp og trygge de pårørende i rehabiliteringstankegang slik at de kan oppmuntre personen og la personen selv få "slippe til" for å utføre hverdagsaktiviteter.

Hensikten med å bruke frivillige er å øke livskvaliteten til de som involveres

Et grunnleggende prinsipp for rehabiliteringsprosjektet er at man ikke skal benytte frivilligheten for å spare penger, men fordi det kan øke livskvaliteten for de som involveres. Andres erfaringer tilsier at de frivillige ikke kommer av seg selv, men at det krever en tydelig organisering og ledelse. Samtidig ser det ut til å være en klar sammenheng mellom størrelsen på ressursene man setter av til å organisere

⁸ Referat fra midtveiseevaluering av TVT høsten 16.08.2018.

de frivillige og de timeverkene som frivillige utfører.⁹ Jo mer innsats man legger ned i ledelse og koordinering, jo mer innsats vil man også få fra frivilligheten.

Frivillighet og likeverd

Et tema som dukker opp i disse diskusjonene er viktigheten av likeverdige relasjoner, både mellom helsearbeidere og person, men også mellom frivillige og person. Dette understrekes både av arbeidsgruppen for "Person som eier av egen rehabiliteringsprosess" (Lein et al., 2018) og arbeidsgruppen for "Helhetlig forløp" (Paulsen et al., 2019, mars). Noen personer ønsker ikke hjelp fra fremmede frivillige, da man kan føle at dette blir en kunstig setting. En årsak til dette kan være at man er opptatt av at relasjoner skal oppstå ut fra felles interesser og jevnbyrdighet. Noen av fagpersonene var også opptatt av dette, og så at det i noen tilfeller kanskje kunne være bedre at personene gjensidig støtter hverandre, enn at man trekker inn frivillige hjelpere. Noen ønsker å unngå situasjoner hvor man får hjelpere på den ene siden og mottakere av hjelp på den andre siden. Et alternativ er derfor at det etableres grupper og felles møteplasser hvor man kan etablere sosiale relasjoner ut fra felles interesser eller bakgrunn, og hvor man kan bli kjent på en mer naturlig måte. Relasjonene vil dermed føles mer jevnbyrdige. Etablering av slike grupper og møteplasser er også noe frivilligheten kan bidra med.

Etikk og grenseoppganger mot de frivillige

Samtidig som det er ønskelig med grupper og sosiale møteplasser, kan det være at noen personer trenger praktisk hjelp for å kunne delta. Det kan f.eks. dreie seg om transport og spesiell tilrettelegging. Ulike etiske aspekter relatert til det å involvere frivillige i rehabiliteringen ble diskutert i fokusgruppen for fagpersoner. De så mange muligheter, men det var også en del usikkerhet med tanke på hva man kan og bør gjøre. Det dreide seg mye om grenseoppganger mot frivilligheten. Fagpersonene i kommunene kan gjerne tenke seg møteplasser med de frivillige for å diskutere slike ting. Refleksjonene i fokusgruppene overlapper en del med det som har kommet fram gjennom arbeidet i arbeidsgruppen helhetlige forløp:

- *Behov for varsomhet* fordi personen er i et avhengighetsforhold til fagpersoner: Kan personen føle seg presset til å si ja til fagpersoners forslag om kobling til det frivillige fordi de er avhengige av et godt forhold til fagpersonene?
- *Hvor går grensen for taushetsplikten*: Et eksempel som ble trukket frem var når to personer med lignende interesser som bor i nærheten av hverandre begge kan ha behov for sosial kontakt. Er det da OK for fagpersonen og foreslå å koble disse personene?
- *Personen som en ressurs*: Det ble fremhevet at det viktig å fokusere på personen som en ressurs selv om vedkommende er i rehabilitering. En personen med redusert funksjon kan man ha mange verdifulle ressurser og erfaringer å bidra med. Kanskje kan personen være en samtalepartner eller tilby en hånd å holde i for andre.
- *Frivilliges informasjonsbehov vs personens personvern*: De frivillige føler kanskje behov for, og det kan være sikkerhetsmessige grunner til, at det kan være lurt at de frivillige vet noe om personens helsetilstand. Dette må håndteres på en god måte.
- *Ansvarsforhold*: Man var opptatt av ansvarsforhold dersom man som fagperson involverer privatpersoner eller frivillige organisasjoner og noe går galt. For eksempel dersom en frivillig bidrar med å kjøre en person til et sosialt arrangement og det skjer en bilulykke.
- *Trivsel vs omsorg og pleie*: En annen problemstilling dreide seg om personlig hygiene i forbindelse med det å delta i sosiale sammenhenger. Personer kan trenge hjelp fordi de er dårlige og det kan være problemstillinger rundt det å spise og toalettbesøk. Hvor mye informasjon skal frivillig få om personens utfordringer på dette området, og hvor skal man

⁹ [RO. Organisering og ledelse av uorganiserte frivillige i helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner](#). Ressurssenter for omstilling i kommunene; 2015 jan.

sette grensen for de frivilliges bidrag?

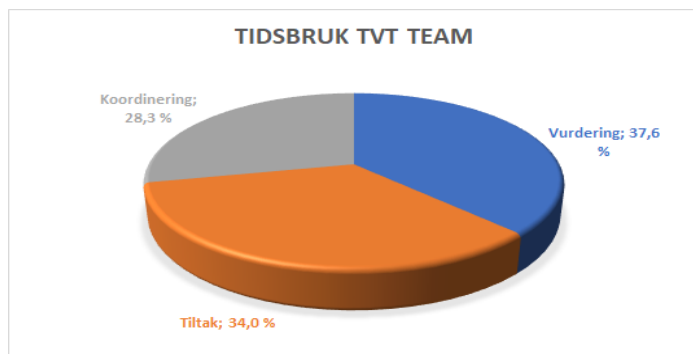
- *Arbeidsdeling og koordinering*: Dersom helsearbeidere skal bidra innen personlig hygiene slik at personen kan delta i sosiale sammenhenger med frivillige, så vil belastningen på helsearbeidere og kravet til koordinering øke.

TVT's organisering og kapasitet

Ressurser og kapasitet

Tverrfaglig rehabiliteringsteam har vært i drift siden oktober 2017 og består av Ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, lege og ernæringsfysiolog og tilgang til egen NAV veileder. Teamet har i 2018 etablert fast samarbeid med NAV Askim for bistand til individuell jobbstøtte. I 2018 har det også vært tett samarbeid med Sykehuset Østfold og Sunnaas sykehus.

I 2018 har teamet totalt fått henvist 88 personer og har igangsatt rehabilitering for 61 personer. I snitt har teamet jobbet med 24 aktive rehabiliteringsforløp. Sommeren 2018 startet teamet å kartlegge tidsbruk pr aktiv person i TVT, og det viser at man i snitt bruker 37,6% av tiden på vurdering, 34% på tiltak og 28,3% på koordinering.



Ved en ytterligere økning av teamets aktivitet blir det viktig å se antall samtidige pasienter opp mot teamets størrelse og sammensetning. I intervju med teamets deltakere pekes det på viktigheten av at det er de samme fagpersonene som følger forløpet fra start til slutt for å sikre kontinuitet. TVT i noen tilfeller startet vurdering mens personen har vært inne på sykehjem. Man ser det også som ønskelig at TVT får ansvar for en person mens vedkommende er på sengepost for intensiv rehabilitering, slik at de kan følge en person fra start og helt til vedkommende er tilbake til hjemmet og i sitt lokalmiljø.

Organisering og samhandling

Vanligvis deltar 2 personer fra TVT med ulik fagbakgrunn i det første vurderingsmøtet med personen. TVT erfarer at tverrfagligheten er viktig og sikrer høy kvalitet på rehabiliteringsplan. Tverrfaglighet krever at det er nok ressurser med ulik fagbakgrunn slik at dette ikke begrenser eller forsinker det første evalueringsmøtet.

Prosjektet bidrar til samhandling og koordinering på en rekke områder; med sykehuset Østfold og Sunnaas, med fagpersoner i kommune, med private fagpersoner, f.eks. fysioterapeuter og logopeder og med NAV. Det oppleves som svært viktig at TVT har lege i teamet. Dette er med på å opprettholde intensiteten i arbeidet da erfaringen er at det tar lengre tid dersom man skal vente på å få time hos fastlege for f.eks. å få en henvisning eller avklaring med tanke på medisiner. Fagpersoner fra kommunene oppfatter det som avgjørende at TVT har en kontaktperson som det er lett å kontakte, for i felleskap å kunne vurdere om aktuelle personer bør henvises til TVT. At rehabiliteringsprosjektet har

tatt kontakt med fagpersoner i kommunene og at man har hatt fysiske møter, beskrives som viktig, da man har fått gode relasjoner til TVT. TVT får skryt for at de er imøtekommende og lett å ta kontakt med. For å beholde kontinuitet i rehabiliteringsforløpet oppfatter fagpersoner fra kommunene at det er viktig å være involvert tidlig i forløpet slik at de kan følge opp underveis og også overta etter at TVT har vært inne. Dette skaper god kontinuitet og muligheter for faglig utveksling mellom TVT og fagpersoner i kommunene.

Private behandlere opplever TVT som et bindeledd og koordineringspunkt. Når fagpersoner og TVT samarbeider om rehabilitering av en person får fagpersonen nødvendig informasjon fra TVT. Fagpersonene ser på TVT som kollegaer og beskriver samarbeidet som et uvurderlig supplement.

I noen tilfeller, hvor personen har behov for psykisk helsehjelp, kan TVT henvise til psykiatrisk sykepleier, psykisk helseteam eller psykolog dersom personen samtykker til dette. I fokusgruppene ble det diskutert om det er behov for å styrke TVT innen kompetanse på psykisk helse. Det t var en positiv holdning til dette.

Prosjektet har inngått et samarbeid med NAV i Askim kommune med tilbud om individuell jobbstøtte (IPS)¹⁰ samt egen avtale om tilgang til egen NAV veileder som kan delta ambulant sammen med teamet hjem til personer. En person fra NAV deltar regelmessig i TVT, og er også med ambulant ut til person tilpasset den enkeltes behov. IPS er ikke aktuelt for alle, men for de det er aktuelt for er det et svært godt og effektivt tilbud. Målet er at personer med fysiske og/eller kognitive utfordringer som ønsker å komme tilbake til jobb, kan gjøre det på sine premisser. Per i dag er det bare Askim kommune som har dette tilbudet, og det er konkrete planer i ny kommune om å utvide ordningen.

For å få til koordinering inn mot det frivillige har man i 2018 tatt i bruk verktøyet Nyby. Det er foreløpig noe begrensede erfaringer med dette verktøyet, og det er behov for å gjøre dette bedre kjent blant fagpersonene i kommunene.

Forenklet vedtaksprosess?

I samtalene med fagpersoner fra kommunene (FG faggruppe), var det flere som ønsket at TVT bør ha vedtaksrett, eventuelt at tjenesten fra tverrfaglig team ikke inngår i ordningen med vedtak. Dagens praksis der TVT er på vurderingsbesøk og kommunens vedtaks kontor i ettertid skal gjøre et formelt vedtak om foreslått behandlingsforløp virker unødvendig.

Utvikling av rehabiliteringskompetanse

Fagpersoner ute i kommunene var skeptiske til ny organisering av TVT i starten. De var redde for at kompetansen skulle sentraliseres, og at deres egen kompetanse og bidrag ikke ble sett og verdsatt. Denne skepsisen er redusert da erfaringene med TVT blant fagfolk er veldig positive. Fagpersonene fra kommunene roser prosjektet uforbeholdent og formidler mange positive erfaringer. De føler de får økt kompetanse gjennom samarbeidet med TVT, samtidig som TVT kan virke som en avlastning og buffer når det er «arbeids-topper». De får et større fagmiljø, og de føler de får støtte i det å bruke egen rehabiliteringskompetanse framfor kun å tenke brannslukking. Samtidig synliggjøres et ressursbehov. De peker på at det er viktig at de deltar i arbeidet sammen med TVT, slik at de ikke ender opp som sekretærer. De har kommet fram til bra samarbeidsmodeller.

Stor spredningsaktivitet fra rehabiliteringsprosjektet

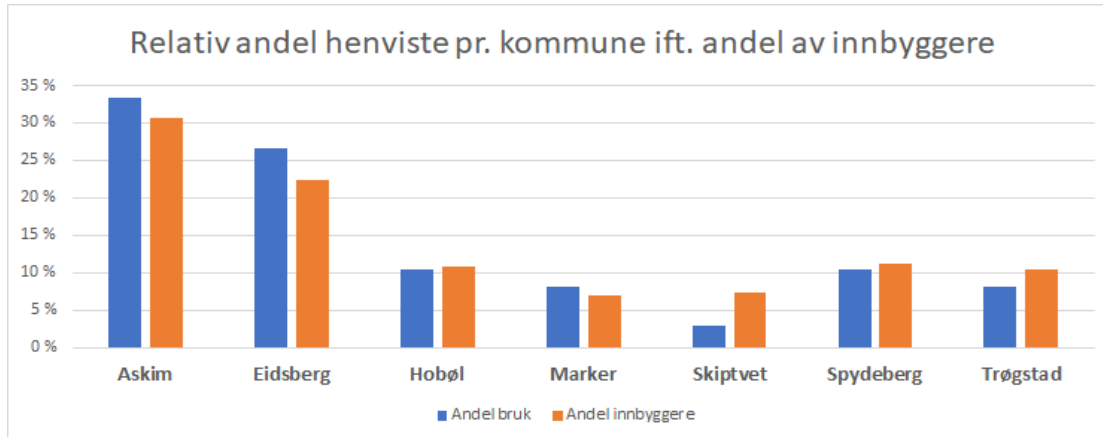
Rehabiliteringsprosjektet er formidlet på ulike konferanser og til ulike grupper (se prosjektets egen rapport fra 2018). Det er stor interesse fra fagmiljøer og brukerorganisasjoner når

¹⁰ [Arbeids og velferdsetaten. Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#)

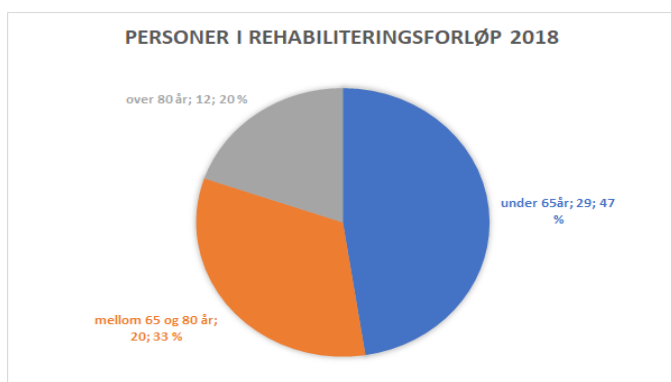
rehabiliteringsprosjektet presenterer. På Helsehuset er det etablert et visningsrom der rehabiliteringsteknologi (særlig spill og Virtuell trening) og avstandskommunikasjon kan testes ut.

Prosjektets verdiskaping – Kvalitative og kvantitative måleparametre

I 2018 har Tverrfaglig vurderingsteam behandlet totalt 61 personer fordelt på alle 7 kommuner.

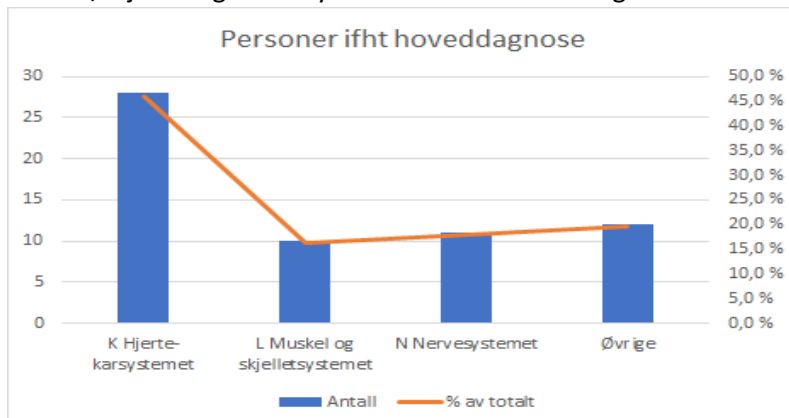


Personene som TVT har jobbet med i 2018 er yngre enn den generelle pasientgruppen til kommunal helsetjeneste. Vi ser at 47% av personene er under 65 år. Under vises fordeling pr aldersgruppe.



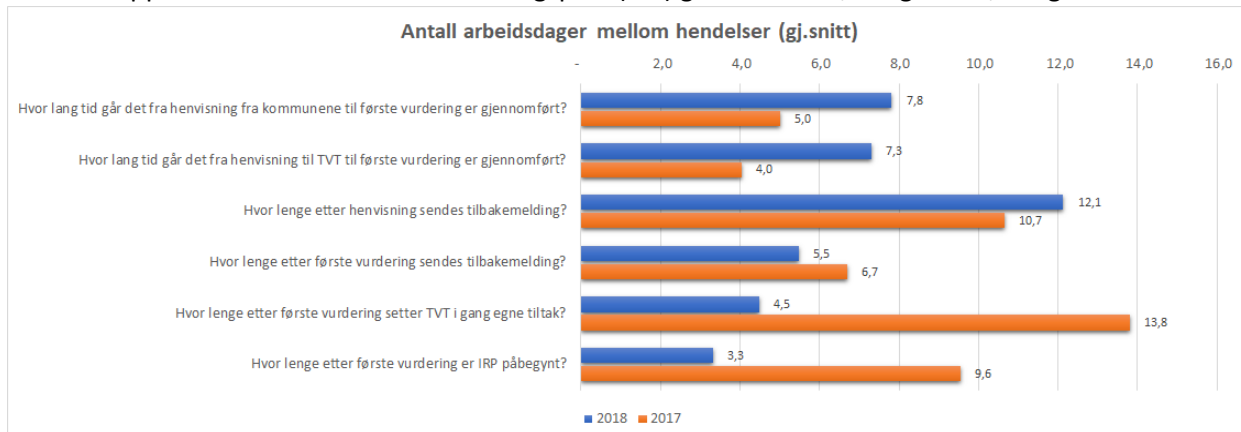
Diagnose

Ca 45% av personene som har fått bistand i 2018 har hoveddiagnose K: Hjerne-karsystem. Muskel/skjelett og Nervesystem står for hhv 16% og 18%.



Tidsforløp

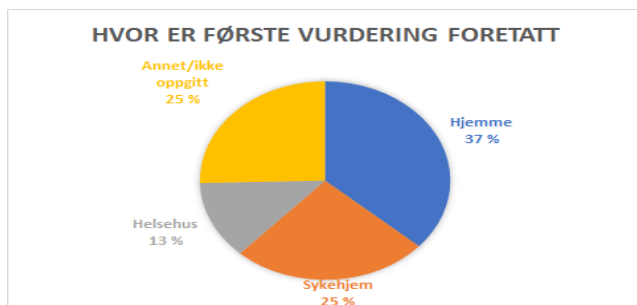
Figuren under viser noen sentrale tidsforløp for hhv 2017 og 2018. Data for 2017 er fra oktober til desember. Vi ser at tiden fra henvisning til første vurderingsbesøk har øket fra 4 til 7,3 arbeidsdager. Antall dager fra vurdering til oppstart av tiltak har derimot gått ned fra 13,8 til 4,5. Tilsvarende har tiden for oppstart av individuell rehabiliteringsplan (IRP) gått ned fra 9,6 dager til 3,3 dager



Figur 2: Sentrale tidsforløp for arbeidet til TVT

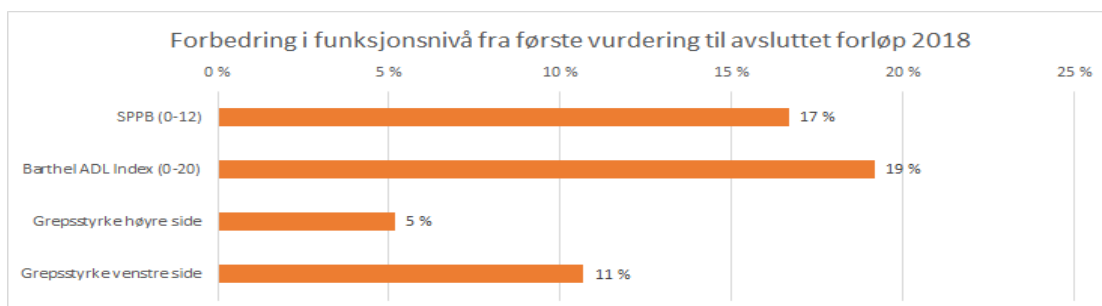
Sted for første vurdering

Figuren nedenfor viser at 37% av første vurderingsbesøk i 2018 ble foretatt i hjemmet, 25% på sykehjem og 13% på helsehuset.



Bruk av kartleggings/måleverktøy

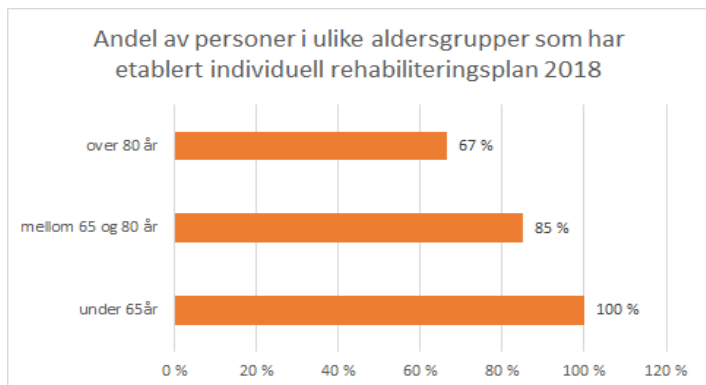
Tre kartleggingsverktøy er benyttet for måling av funksjon i 2018. Under vises funksjonsforbedring fra kartlegging i forbindelse med første vurdering til kartlegging ved avsluttet forløp (gjennomsnitt for alle som har fått rehabilitering).



Individuell rehabiliteringsplan (IRP)

Andelen av personer i et rehabiliteringsforløp som etablerer en individuell rehabiliteringsplan

reduseres i forhold til personens alder. I gruppen under 65 år har samtlige personer en rehabiliteringsplan. I gruppen over 80 år er det 67% som har rehabiliteringsplan i 2018.

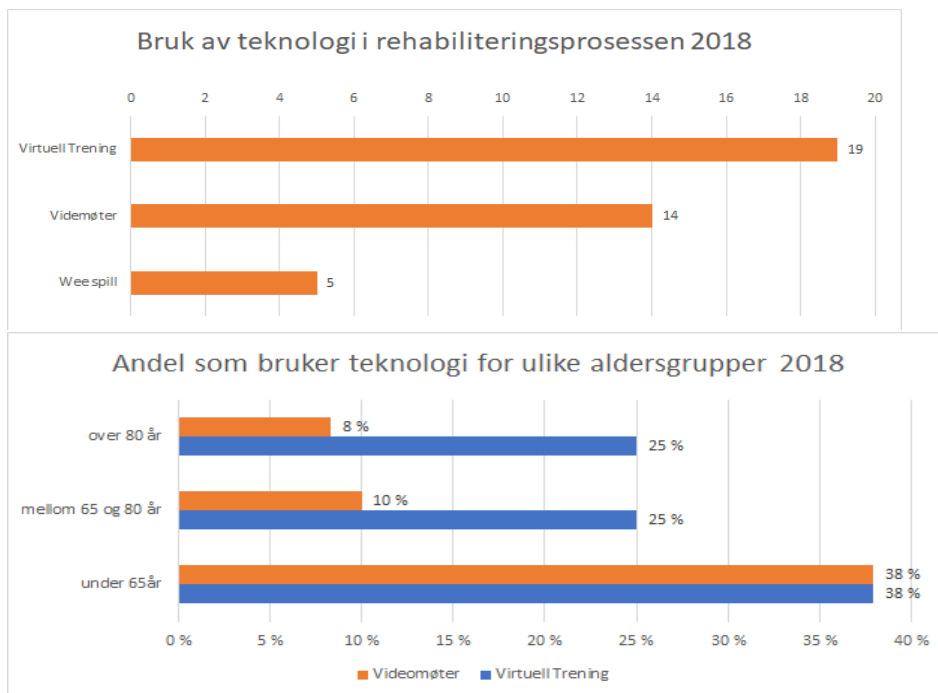


Figur 5: Deltakelse i arbeid med individuell rehabiliteringsplan (IRP)

Anvendelse av teknologi i rehabiliteringsprosessen

Virtuell trening (et treningsprogram med veiledning via Microsoft Wee sensor) er den teknologien som er mest bruk i behandlingsforløpet. Vi ser i tallgrunlaget at bruk av teknologi er størst i gruppen under 65 år.

Figur 6 Bruk av teknologi



Videomøter brukes også aktivt både for å koble inn spesialister utover teamet men også som en kommunikasjonsform mellom teamet og den enkelte person. Fagpersoner i kommunen har fått noe erfaring i å bruke teknologi sammen med TVT. Dette har f.eks. vært i forbindelse med overføringsmøter fra sykehuset, og det har vært positive opplevelser. De synes møtene har vært nyttige og tidsbesparende ved at de har sluppet å reise. Dette har vært godt tilrettelagt av rehabiliteringsprosjektet, slik at det tekniske har fungert godt.

Fagpersonene ser potensialet ved bruk av teknologi og ønsker mer ressurser til bruk av teknologi slik at flere prosesser kan gjøres digitalt. For eksempel pekes det for behovet for å effektivisere søknader om hjelpemidler til NAV.

Forankring og ny kommunestruktur

Overgang til ny kommune fører til usikkerhet om organisering blant fagpersoner i kommunene. Dette kan også føre til en avventende holdning. De mange positive erfaringene og effektene av TVT gjør allikevel at det uttrykkes håp og forventninger om at rehabiliteringsprosjektets arbeid blir videreført i ny storkommune. Deltakerne i fokusgruppene var vært svært positive til rehabiliteringsprosjektets arbeid og organiseringen av TVT.

Samling av fagmiljø og økt bruk av teknologi

Deltakerne i fokusgruppene har forventninger til at kommunesammenslåingen hvor man blir underlagt en faglig enhet vil føre til et større fagmiljø og mer tverrfaglig samarbeid innen rehabilitering (FG-fagpersoner). Rehabiliteringsprosjektet har også synliggjort mulighetene med å ta i bruk teknologi, og fagpersonene er opptatt av at det bør bli et teknologiløft i ny storkommune. De peker på behovet for et fagmiljø som ivaretar både velferdsteknologi og rehabiliteringsteknologi og mener Helsehuset er rett miljø for dette.

Rehabiliteringsmodellen og synspunkter på den

Fagpersonene understreker at det er et behov for å skille på omsorg og rehabilitering. Videre pekes det på at presset på korttids plasser er stort i alle kommunene og at det derfor er et stort behov for større fokus på hjemmebasert rehabilitering.

TVT bidrar til likere rehabiliteringstilbud

Det var en enighet i fokusgruppene om at TVT har ført til et mer rettferdig rehabiliteringstilbud i kommunene i regionen. Tidligere kan det ha vært tilfeldig, og det har for eksempel vært behov for å forfordle rehabiliteringsplasser til personer fra kommuner uten et godt nok rehabiliteringstilbud, på tross av at det for flere av disse personene kanskje ville vært bedre med hjemmehabilitering eller rehabilitering nærmere der de bor. Det har vært umulig for små kommuner å kunne ha det samme tilbudet som større kommuner. Det nevnes at det er en utfordring at to av Helsehusets eierkommuner ikke skal være med i ny storkommune.

Dekker mange pasientgrupper, også grupper som lett kan falle mellom flere stoler

Det ble også fremhevet som viktig at TVT dekker mange ulike pasientgrupper. TVT har jobbet med personer som opplever akutt sykdom og skade, hvor rehabiliteringen har stagnert, eller med personer med kronisk sykdom og hvor livskvaliteten har blitt dårlig. De erfarer at personer kan få et løft ved hjelp av TVT (FG-forankring).

TVT bidrar til koordinering og intensitet

Fagpersonene bekrefter at TVT bidrar rask respons og at de får raskere gjennomslag opp mot andre aktører som involveres. TVT bidrar til koordinering som ellers ikke ville blitt utført.

Synspunkter på sengepost for intensiv rehabilitering

Fokusgruppene er svært positive til etablering av en sengepost for intensiv rehabilitering (FG-fagpersoner, FG-forankring, FG-TVT). For personer som er for dårlige til å bli sendt hjem er det nødvendig med et opphold. Men det pekes på at helsetjenesten er for gode på pleie og omsorg, og at

dette ikke er gunstig for rehabiliteringspasienter. Det er f.eks. mange som jobber på sykehjem som ikke kjenner rehabiliteringstankegang. Det kan også være mye bedre for yngre personer å være på en sengepost for rehabilitering istedenfor et sykehjem. Videre erfarer rehabiliteringsinstitusjonene at noen pasienter er for dårlige til å kunne nyttiggjøre seg deres tilbud. Det er likevel vesentlig at disse personene kommer tidlig i gang med rehabiliteringen, og da vil en egen sengepost for intensiv rehabilitering være et ideelt tilbud. Forskning tyder på at det totalt sett er mindre ressurskrevende å rehabiliterer personer på et spesialisert rehabiliteringsopphold enn på et sykehjem fordi de oppnår bedre funksjon gjennom spesialisert rehabilitering (Johansen, Lindbak, Stanghelle, & Brekke, 2012).

Ønske om dagtilbud

Fagpersonene peker også på viktigheten av gode overganger både fra sykehus til sengepost for intensiv rehabilitering, men også videre til hjemmet. Det er også et tydelig ønske om et lærings- og mestringscenter med mulighet for dagsbesøk for opplæring og oppfølging.

Erfaringen er at det kan være bedre med hjemmerehabilitering enn med institusjonsopphold. Et institusjonsopphold kan bli kunstig og det kan være vanskelig for personen å fortsette trening på egenhånd når vedkommende kommer hjem (FG-fagpersoner). Også personer som ble intervjuet hadde ønske om et treningstilbud på dagtid, hvor man kan trene med personer som er i en lignende situasjon og på omtrent samme nivå. En person anså det ikke som aktuelt å være med i et idrettslag eller lignende før han hadde fått trent seg opp. Avstanden mellom fysisk nivå for en person i rehabilitering, og medlemmer i et idrettslag vil være for stor mente han.

Vurdering av implementeringsprosessen

Rehabiliteringsprosjektet har brukt mange implementeringsstrategier aktivt og arbeidet iterativt med utvikling og implementering i de tre årene prosjektet har hatt finansiering. For å gi en oversikt over og for å kunne vurdere hvordan prosjektet har arbeidet med dette gjennom de tre årene har vi tatt utgangspunkt i et rammeverk for implementering (Powell et al., 2015; Waltz et al., 2015).

Involvere brukere innebærer aktivt samarbeid og samskaping. I prosjektet er dette kjernen i personorienteringen som er fundamentet. 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 tatt personperspektivet på alvor. Dette har avdekket en del etiske problemstillinger og grenseoppganger. TVT håndterer dette gjennom etisk refleksjon i gruppen.

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. Et kvalitetsregister i utviklet og i bruk. Dette registeret bør utvikles til et forskningsregister som også inneholder subjektive mål der personene kan vurdere seg selv; egen livskvalitet, egne behov og mål, motivasjon og symptomer.

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 departement for å få nasjonalt mandat og siste året ifm kommunesammenslåing. Det er utviklet anbefalinger og konkrete planer for lokalisering og interaksjon med andre tjenester. Grenseoppgangen mellom intensiv rehabilitering i kommunen og hverdagsrehabilitering er ikke tydelig. Prosjektgruppen har sammen med følgeforskerne utviklet en søknad som ble sendt til Norges Forskningsråd for å utvikle et konsept for utvikling og spredning «RehabLab», men søknaden nådde ikke opp. Det er potensiale for å videreutvikle dette konseptet. Den er behov for å vurdere hvem som skal ha myndighet til å tildele tjenester, og også hvordan tjenestene skal prissettes. Fagpersoner i kommunene har behov for retningslinjer for grenseoppgangen mot frivilligheten, f.eks. når det gjelder ansvarsfordeling og taushetsplikt. Det er behov for retningslinjer og avtaleverk på dette området.

Utvikle relasjoner mellom interessentene: På dette området er det mange strategier som prosjektet har anvendt; det er arbeidet intensivt for å få forpliktende vedtak både fra nåværende eierkommuner og fra den nye storkommunen Indre Østfold. Prosjektet har i stor grad søkt råd både nasjonalt og internasjonalt fra miljøer med spesialkompetanse på rehabilitering og på denne måten bygget opp et nyttig nettverk. Prosjektet utvikler relasjoner til academia. Prosjektet har vært gode til å knytte kontakter med «early adopters» og TVT fungerer som et team med «champions». Motstand og skepsis i de lokale fagmiljøene i kommunene er endret; TVT har spilt en meget viktig rolle her ved måten de har samhandlet med ansatte i kommunene.

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. Prosjektleder har fått full stilling ved Helsehuset IKS og

etter det har prosjektet valgt å bruke størstedelen av midlene til TVT, slik at tilbudet kommer alle kommunene til gode. Videre har prosjektet arbeidet aktivt for å utvikle tilbudet innenfor rammen av eksisterende budsjett.

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. TVT er i seg selv et nytt team. Ved full drift i et år har man fått en oversikt over hvilken kapasitet et team har. Det er behov for å utvide kapasiteten når dagtilbud for intensiv rehabilitering skal starte samtidig som et sengetilbud skal bemannes. Et viktig spørsmål er om TVT skal utvides til en større organisasjon eller om det skal lages en modell der man starter nye team basert på kapasitet for å tilby tjenester til et visst antall personer. Dette har betydning for om man kan opprettholde kontinuitet med en eller to faste kontaktpersoner som følger personen gjennom rehabiliteringsforløpet. For også i større grad å kunne ivareta personenes psykiske behov bør teamet inkludere fagperson med kompetanse på psykisk helse. De digitale kliniske systemene fungerer ikke optimalt.

Trene og utdanne interessenter innebærer å gjennomføre trening, gi veiledning og utvikle utdanningsmateriale. Dette vil gjelde både personene, de nærstående og fagpersoner. Prosjektet har arbeidet med informasjonsspredning og kunnskapsdeling gjennom å legge til rette for hospitering, deling av prosjektresultater og verktøykasser i til deltakelse på fagmøter og konferanser. Våren 2019 har alle Helsehusets eierkommuner fått tilbud om internundervisning i hvordan vurdere rehabiliteringspotensialet. Dette tilbudet er gitt i forbindelse med at kommunens ansatte innen rehabilitering, har gjennomgått et e-læringskurs om rehabilitering. Modulen har blitt avsluttet med internundervisning fra TVT og i denne forbindelse er modell for samfunnsbasert rehabilitering, personperspektivet og lokalsamfunnet som ressurs, berørt (Paulsen et al., 2019, mars). Det å ha et samarbeid med likepersoner nevnes som en av flere suksessfaktorer, men den som skal være likeperson må være personlig egnet, ha bearbeidet sin egen situasjon og være i stand til å se den andres (Bakke et al., 2016). Dette er også blant anbefalingene til arbeidsgruppen "Myndiggjøring av person" - og "Helhetlig forløp" (Paulsen et al., 2019, mars). Dette bør utvikles som en del av lærings- og mestringstilbudet. Skal modellen skaleres er det nødvendig å utvikle et utdanningsprogram for de som skal arbeide med intensiv rehabilitering i tverrfaglige team. Dette var planlagt som en arbeidspakke i RehabLab-prosjektet.

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. I 2018 har man også prøvd ut Confrere sin videoløsning. Denne gir personen mulighet for direkte kontakt med TVT. Hensikten er å gi sikre personene enklere tilgang til hjelp når de selv opplever behovet. Det er også opprettet et visningsrom for rehabiliteringsteknologi på helsehuset. Det er behov for videre avklaring om rehabiliteringsteknologi er et særskilt område som bør skilles fra velferdsteknologiske løsninger som skal støtte personer i å kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig, eller om dette bør samles på et sted som et ressurscenter for å kunne opparbeide høy kompetanse på området.

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. Det er behov for å videreutvikle høyresiden i modellen. Rehabilitering dreier seg ikke alltid om å gjenvinne tapte ferdigheter fullt ut, men også om å bedre den på bestemte livsområder, og å oppnå økt mestring av

hverdagens utfordringer til tross for nedsatt funksjon (Langeland et al., 2016). For å støtte opp under dette bør det videreutvikles samarbeid og møteplasser sammen med frivilligheten som fokuserer på aktiviteter og sammenhenger som gir opplevelse av likeverd, f.eks. etablering av grupper.

Prosjektet bør også vurdere muligheten for å organisere og systematisere likepersonsarbeid

Tabell 3 gir en oversikt over hvordan disse implementeringsstrategiene er anvendt fra 2016 -2018.

Tabell 3. Oversikt over hvordan implementeringsstrategier er anvendt i prosjektet

Strategi	2016	2017	2018
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	++	++	++

*++++= i stor grad

++ = i noe grad

+ = i liten grad

Referanser

- Bakke, T., Udness, E., Larsen, B., Aarnes, A., De Vibe, M., & Vege, A. (2016). *Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten. En beskrivelse av suksessfaktorer*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2016/utvikling-av-en-ny-brukerrolle-i-helse-og/>:
- Borg, M., Sjøfjell, T., Ogundipe, E., & Bjørlykke, K. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus*. Retrieved from
- 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 Askim: <http://www.iomk.no/prosjektrapport-2016-innovativ-rehabilitering.5895665-405046.html>
- Eide, H., Fuglerud, K. S., & Lauritsen, B. H. (2017). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS. Følgeevaluering, delrapport 1*. Retrieved from Drammen: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444139>
- Fuglerud, K. S., Lauritsen, B. H., & Eide, H. (2018). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS. Følgeevaluering, delrapport 2*. Retrieved from Drammen: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2568719>
- 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.
- 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?
- Lein, A., Skaar, A., Nilsen, A., Johnsen, A., Moseby, D., Syljuåsen, G., & al, e. (2018). *Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess. Levering fra arbeidsgruppen «Myndiggjøring av person»*. Retrieved from <http://www.iomk.no/ny-rapport-fra-prosjekt-innovativ-rehabilitering-person-som-eier-av-egen-rehabiliteringsprosess.6081306-405046.html>
- Paulsen, I., Delhi, K., & al., e. (2019 april). *Helhetlig forløp- Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp: Arbeidsgruppens levering*. Retrieved from
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., . . . Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*, 10, 21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1
- TVT, A. (2017). *Tverrfaglig vurderingsteam. Arbeidsgruppens levering. Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold*; . Retrieved from <http://www.iomk.no/tverrfaglig-vurderingsteam.6081302-405046.html>
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Matthieu, M. M., Damschroder, L. J., Chinman, M. J., Smith, J. L., . . . 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. *Implement Sci*, 10, 109. doi: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 kompensierende 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 2017

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

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

- Videreutvikling av modell for samfunnsbasert rehabilitering
- Etablere en profesjonell interkommunal rehabiliteringsenhet for å sikre intensiv rehabilitering med høy kvalitet.
- Forankring av modellen blant ulike interessenter
- Samhandling mellom aktører i rehabiliteringsforløp (sykehus, fastlege, kommuner, etc.)
- Pilotering av tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
- Fremlegging av orienteringssak, hørings sak 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.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2568719>

Vedlegg 3. 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 silotenking)
 - 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.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444139>

Vedlegg 4: Intervjuguide / spørreskjema person

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

Spørsmål 3=1lite tilfredsstillende – 5 = meget tilfredsstillende

1	Hvordan kom du i kontakt med rehabiliteringsteamet? (hensikten med dette spørsmålet er å finne ut i hvilken grad pasienten forholder seg til ulike deler av helsevesenet) (sett kryss) a) Sykehuset henviste meg___ b) Fastlegen ____ c) Kommunen via??					
2	Har du en fast kontaktperson/koordinator (sett kryss) Ja ___ Nei ___ Vet ikke ___					
		1	2	3	4	5
3	Hvordan opplevde du første møte med rehabiliteringsteamet?					
4	Opplever du at behandlerne samarbeider godt om vurdering av ditt rehabiliteringsbehov?					
5	I hvor stor grad føler du at du får den hjelpen du trenger?					
6	I hvilken grad opplever du at rehabiliteringsteamet tar hensyn til det som er viktig for deg?					
7	I hvilken grad føler du at du er med på å bestemme den hjelpen du får?					
8	I hvor stor grad føler du at du får hjelp med det som er viktigst for deg?					
9	Samarbeider rehabiliteringsteamet godt med det lokale tjenesteapparatet etter det du selv kan bedømme?					
10	I hvor stor grad opplever du at dine ønsker og mål blir ivaretatt når det besluttes hvilke tjenester du skal ha.					
11	I hvilken grad har du nådd målene du satte deg da rehabiliteringen startet?					
12	Opplever du at kontaktpersonen koordinerer ditt samlede helsetjenestetilbud på en god måte?					
13	Opplever du at alle deltagerne i teamet kjenner til ditt behov?					
14	Opplever du at ansvar og oppfølging er klart fordelt mellom teamets deltagere?					
15	Har du hatt en individuell plan?					
16	Opplever du at din individuelle plan bidrar til et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene du har behov for?					
17	Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med rehabiliteringsforløpet ditt så langt?					

Vedlegg 5: Temaguide fokusgruppe forankring

Uformell innledning

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

Presentasjonsrunde

- Deltakerne presenterer seg selv og lager evt. navnekort.

Formell innledning

Forklare temaet for denne fokusgruppen, Informere om at samtalen blir tatt opp på lyd som blir brukt ved utarbeidelse av referat, Lydoptak lagres sikkert og blir slettet senest 1 år etter prosjektslutt, Andre data vil bli anonymisert fem år etter prosjektslutt.

Erfaringer med ny organisering – TVT (Tverrfaglig vurderingsteam) sett utenfra

- Om valg av personer til TVT (hvem bør inngå i et slikt team?)
- Hvordan har kommunikasjon rundt TVT's arbeid fungert?
- Fordeler og ulemper med ny organisering
- Hvordan har kommunesammenslåing påvirket samarbeidet om utviklingen av rehabiliteringsmodellen?

Erfaringer sett fra personens perspektiv

- Om medvirkning i piloten? Medvirket fagpersoner til personens rehabilitering eller vise versa?
- Første møte? Har personen vært godt nok informert om tilbudet?
- Personens reaksjoner på å bli satt i førersetet «hva er viktig for deg»?
- Hvordan opplevde personen bruk av rehabiliteringsteknologi/nettbrett/PC i denne situasjonen?
- Under rehabiliteringsperioden - hyppighet på oppfølging
- Koordinering og samarbeid med andre aktører?
- Videre oppfølging?
- Om mulighetene for å trekke inn ressurser fra personens nærmiljø?

Erfaringer sett fra TVTs perspektiv

- Kommunikasjon med omverdenen?
- Hvordan fungerte det å gjennomføre denne typen undersøkelser i pasientens hjem? på sykehjem/ andre steder?
- Hvor mange/hvem bør være med i møtene med personen? Kvalitetsmessig? Ressurssmessig?
- Hvordan fungerte spørsmålene i den «standardiserte verktøykassen»? Samarbeidet om verktøyet?
- Hvordan fungerte det tverrfaglige samarbeidet? Samarbeid asynkront?
- Hvor stort er behovet for døgnbasert rehabiliteringsmuligheter i kommunen?
- Hvordan kan man best tilrettelegg for dette?

Om bruk av teknologi i pilot

- Hvordan har «rehabiliterings-verktøykasse» fungert?
- Tilgang til informasjon, deling av informasjon
- Hvilken kompetanse og informasjon bør de ulike aktørene ha?
- Har du synspunkter på teknologien som er valgt og evt. andre relevante teknologier?

Overordnet om erfaringer med rehabiliteringsmodellen

- Hva synes du om rehabiliteringsmodellen og rehabiliteringsvurderingen som er valgt?
- Har du synspunkter på brukermedvirkningen i prosjektet?
- Har du synspunkter på pasientens mulighet for medvirkning i eget rehabiliteringsopplegg?

Er det noe mer du ønsker å tilføye?

- Annet?

Vedlegg 6: Utførere av følgeforskningen

Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge¹¹ (USN) ved professor Hilde Eide (prosjektleder) og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, i samarbeid med Norway Health Tech¹² 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**¹³ 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:

4. Forskning og innovasjon,
5. Næringsutvikling og entreprenørskap
6. 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 190 medlemmer er hele verdikjeden for innovasjon representert. Vår visjon er å utvikle og industrialisere verdensledende helseteknologi produkter og tjenester som bidrar til bærekraftig og økt kvalitet i behandling og omsorg og vekst i norsk helseindustri.

Klyngens fokusområder er å fasilitere forskning og utvikling i samarbeid mellom forskning, industri og helsetilbydere – nasjonalt og internasjonalt; stimulere og fasilitere markedsdrevne innovasjon og innovative innkjøpsprosesser; fasilitere kliniske forsøk, testing og verifisering; akselerasjonsprogrammer for forretningsutvikling og internasjonal vekst; tiltrekke investeringskapital; tilby co-working space i Medtech Growth House og spre kunnskap om norsk helseindustri nasjonalt og internasjonalt.

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

Følgeforskerne

¹¹ www.usn.no

¹² www.oslomedtech.no

¹³ <https://www.usn.no/vitentest/>

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.