

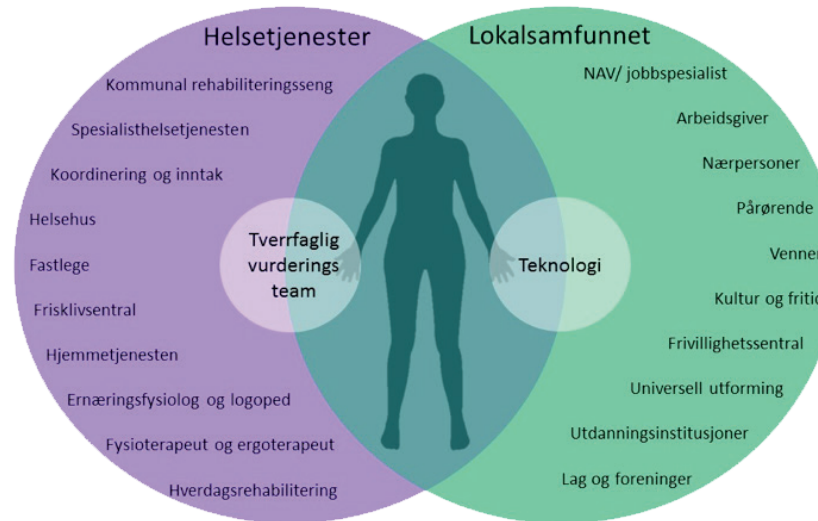


INDRE ØSTFOLD  
KOMMUNE  
*- på komnet*

# PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING

- 5 års rapport - Fra prosjekt til implementering  
Indre Østfold kommune  
2016 - 2020

# SAMFUNNSBASERT REHABILITERING



## FORORD

Etter fem års prosjektarbeid skal vi nå avslutte prosjekt Innovativ rehabilitering.

**Mange personer har bidratt, det har krevd forankring og en tilnærming som har gått i takt med bygging av ny kommune. Å prøve ut nye tjenester og arbeidsmodeller krever mye av alle parter. Jeg er imponert over engasjementet til alle som har vært involvert, og ydmyk over hva ansatte i syv kommuner og Indre Østfold kommune har fått til sammen.**

Vi har hatt fokus på innovasjon, vi har tatt i bruk teknologi, og vi har hatt gleden av å dele erfaringer og resultater på

mange arenaer lokalt og nasjonalt. Prosjektet har satt Indre Østfold på kartet.

Takk til alle som har deltatt på de ulike møteplassene, workshoper, arbeidsgrupper, evaluerings- møter og utprøvingene vi har hatt. Takk til alle våre venner i spesialisthelsetjenesten, i kommunehelsetjenesten, alle brukerrepresentantene og alle som har bidratt. Takk til politikere og administrasjonen vi har samhandlet med i disse 5 årene. Vi står igjen med en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre

Østfold. Rehabilitering virker, gir gevinster for personen selv og for tjenesten. En fremtidig riktig dimensjonering og prioritering av rehabilitering vil bidra til en bærekraftig helsetjeneste, der personer settes i stand til å forbedre sitt funksjonsnivå og mestre hverdagen på best mulig måte.

Tusen takk!

*Kari Anne Dehli*

Prosjektleder 2016-2020



## EN HILSEN FRA ORDFØRER

**Indre Østfold kommune er stolte av at vi siden 2016 har driftet et nasjonalt rehabiliteringsprosjekt med mål om å styrke kommunal rehabilitering.**

Vi har etablert nye innovative tjenester og kan nå tilby mer helhetlig tverrfaglig rehabilitering tilpasset den enkeltes behov. Dette understøtter mestring av hverdagen og deltagelse i lokalsamfunnet. En sterk og helhetlig kommunal rehabilitering vil være et viktig ledd i fremtidens tjenester i Indre Østfold kommune.

*Saxe Frøshaug*

# SAMMENDRAG

## De kommunale rehabiliteringstjenestene er siden oppstart av prosjektet i 2016 styrket både på tjeneste- og brukernivå.

**De kommunale rehabiliteringstjenestene er siden oppstart av prosjektet i 2016 styrket både på tjeneste- og brukernivå. Prosjektarbeidet har bidratt til sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp. Kommunen kan med dette ta økt ansvar for rehabilitering og mer rehabilitering kan skje i hjemmet. Tjenesten styrker personers mulighet til å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske og/eller psykiske mestringsevne. Kost- nytte analyser viser at den samlede tjenesten bidrar til å forebygge og utsette behovet for kompenserende tjenester.**

Samfunnsbasert rehabilitering har bidratt til en helhetlig tilnærming og vektlegger person- og samfunnsperspektivet. Personperspektivet som grunnverdi har økt brukermedvirkningen, gitt mer personsentrerte mål og tiltak samt bidratt til økt deltagelse fra personen i egen rehabiliteringsprosess.

Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) sikrer at mer tverrfaglig rehabilitering med høy intensitet, kan skje i hjemmet. TVT sikrer koordinering og bidrar til gode overganger i forløpet. TVT kobler på relevante aktører fra helsetjenesten

og lokalsamfunnet, og understøtter mestring og deltagelse. Logoped, jobbspesialist, tjenester for psykisk helse og rus, ernæringsfysiolog og ressurser i lokalsamfunnet, er eksempler på aktører vi nå kan sikre tilgang til og koble på i et rehabiliteringsforløp. Samhandling med fastlegen er styrket gjennom økt bruk av elektroniske meldinger og deltagelse på samarbeidsmøter.

Personene som har vært fulgt opp av TVT, får et økt funksjonsnivå. Retester 3, 6 og 18 måneder etter avsluttet forløp, viser at funksjonsnivået opprettholdes. Hverdagsrehabilitering (HVR) er igangsatt og fortsatt under utprøving. HVR kobler også på ressurser i lokalsamfunnet og benytter teknologi. TVT og HVR sin rolle mot øvrige eksisterende tjenester er avklart. TVT og HVR har felles teamkoordinator som deltar på ukentlig saksmøte med Koordinering og inntak og inntaksmøte i enhet Rehabilitering, læring og friskliv.

Senger for intensiv rehabilitering etableres i juni 2021, og dagtilbudet (individuelt tilbud og læring- og mestringsgrupper) videreføres. Dag-, læring- og mestringstilbudet gir

nå tjenester til grupper som tidligere ikke hadde tilfredsstillende tilbud, som for eksempel personer med langvarig smerte.

Nye innovative teknologier relevant for rehabilitering er nå implementert. Disse understøtter rehabiliteringen og bidrar til økt intensitet, motivasjon og økt egeninnsats.

Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og andre aktører har økt. Kompetanse blant ansatte i Indre Østfold kommune på rehabilitering, er styrket. Kunnskapsbaserte tiltak er implementert og har sikret økt kvalitet på tiltakene.

Prosjektet har levert årlige følgeevalueringsrapporter og delt erfaringer og resultater på mange arenaer gjennom fem år.

Rehabilitering virker, gir gevinster for personen selv og for tjenesten. En fremtidig riktig dimensjonering og prioritering av rehabilitering vil bidra til en bærekraftig helse-tjeneste, der personer settes i stand til å forbedre sitt funksjonsnivå og mestre hverdagen på best mulig måte.

# INNHOOLD

---

|   |    |
|---|----|
| Forord  | 2  |
| En hilsen fra ordfører  | 3  |
| Sammendrag  | 4  |
| Innledning  | 6  |
| Bakgrunn for prosjektet   | 6  |
| Føringer og krav til måloppnåelse   | 7  |
| Prosjekttiltak  | 8  |
| Aktiviteter og tiltak i prosjektperioden  | 8  |
| Tiltak for å sikre brukerinvolvering  | 8  |
| Etablering av helhetsmodellen Samfunnsbasert rehabilitering                                     | 9  |
| Fra prosjekt til etablering av tjenester  | 13 |
| Prosjektets måloppnåelse og resultater  | 14 |
| Evaluering av ulike tiltak og helhetsmodellen   | 14 |
| Tverrfaglig vurderingsteam (TVT)  | 14 |
| Implementering av teknologi   | 19 |
| Senger for intensiv rehabilitering  | 20 |
| Dagtilbud – Læring og mestringstilbud   | 20 |
| Hverdagsrehabilitering (HVR)  | 20 |
| Fra prosjekt til varig drift  | 21 |
| Dimensjonering og kost/nytte for en fremtidig helhetlig rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold | 23 |
| Vurdering av egen måloppnåelse  | 26 |
| Refleksjoner etter 5 års utviklingsarbeid   | 27 |
| Veien videre  | 28 |
| Rapporter fra prosjektet og kildehenvisninger   | 29 |
| Rapporter fra prosjektaktivitet og følgeforskning 2016-2020                                     | 29 |
| Kildehenvisninger   | 30 |



## INNLEDNING

**Vi har hatt 5 spennende år med prosjekt Innovativ rehabilitering. Denne rapporten har til hensikt å vise resultater sett opp mot hvilke målsettinger og føringer som lå til grunn for tildelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også satt egne krav for tilskuddsordningen. I tillegg hadde Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset) egne mål for prosjektet.**

Vi ønsker at denne rapporten skal gi en god oversikt og ikke minst være til inspirasjon der budskapet er at et strukturert arbeid mot et konkret mål er mulig, gitt visse forutsetninger: tid, ressurser, engasjement, bred involvering og inkludering av tjenesteytere og brukere, politikere m.fl.

Underveis i arbeidet har vi opprettet et internt kvalitetsregister. Tall som presenteres i rapporten, er hentet fra dette. Lenker til rapporter som er utarbeidet i prosjektet ligger til slutt i denne rapporten.

### Bakgrunn for prosjektet

I perioden 2016-2020 ble det bevilget kr 5 millioner årlig over Statsbudsjettet til Helsehuset til et nasjonalt forsøk om rehabilitering. Eiere av Helsehuset var i 2016 kommunene Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad med ca 51 000 innbyggere.

Målet for tilskuddsmidlene var å styrke kommunal rehabilitering samt utvikle og prøve ut en helhetlig løsning for interkommunal rehabilitering. Overordnet mål for Helsehuset har vært å utvikle innovative løsninger for en styrket rehabiliteringstjeneste for eierkommunene. Det hadde tidligere vært arbeidet fram forslag til hvordan rehabilitering kunne etableres ved Helsehuset, og denne tildelingen ga en gyllen mulighet for å arbeide videre med en helhetlig rehabiliteringsmodell. I løpet av prosjektperioden har 5 av 7 kommuner blitt Indre Østfold kommune, med ca 45 000 innbyggere, som hadde oppstart 1.1.2020. I den forbindelse ble enhet for Rehabilitering, læring og friskliv etablert og prosjekt Innovativ rehabilitering organisert under denne enheten.

Kartleggingsundersøkelser ble gjennomført i 2016 i de 7 kommunene; en blant kommunens helsepersonell og en

egen til fastlegene. Kartleggingen avdekket at flere grupper ikke fikk tilbud om rehabilitering, og at rehabiliteringstilbudet var preget av lite systematikk med hensyn til bruk av tester, sette mål for personer i rehabilitering, type tilbud og tiltak. Tilbudene varierte også mellom kommunene. Personer med muskel- og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, var pekt på som den største gruppen som ikke fikk tilbud om rehabilitering i tillegg til personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus.

Med utgangspunkt i utfordringene i arbeidet med kommunal rehabilitering, ble følgende innspill til styrking av bestemte innsatsområder fremmet av respondentene:

- Kompetanse, kommunikasjon, ressurser, tid og kapasitet
- Organisering, samarbeid og samhandling på flere nivå
- Hverdagsrehabilitering
- Økt tverrfaglighet og tilgang på andre fagpersoner
- Ambulant rehabiliteringsteam
- Interkommunalt samarbeid
- Helhetlig rehabilitering fra start til mål; strukturert, forutsigbart og målrettet.

Disse innspillene er tatt med i videre utviklingsarbeid. Se også rapport: *Prosjektrapport – Forslag til handlingsplan 2017-2020, kap. 2.1.4.*

## Føringer og krav til måloppnåelse

**Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt føringer for prosjektet og Helsedirektoratet har gitt regelverket for tilskuddsordningen. Føringene har utviklet seg i takt med framdriften i prosjektet.**

**Føringer fra HOD, regelverk fra Helsedirektoratet, mål og føringer i Opptrappingsplanen og Helsehusets egne mål for prosjektet, har mange sammenfallende interesser.**

### **Krav til måloppnåelse for prosjektet kan oppsummeres slik:**

- Styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med politiske mål om større ansvar til kommunene
- Realisere faglige krav og anbefalinger i tråd med Helsedirektoratets veileder for området
- Utvikle sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer ut fra den enkeltes behov
- Krav til følgeevaluering som skal sikre at kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi, blir dokumentert
- 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
- Utvikle og prøve ut en løsning for kommunalt/interkommunalt samarbeid om disse tjenestene
- Utvikle innovative løsninger – bruk av teknologi
- Utvikle en helhetlig tilnærming med vektlegging av person- og samfunnsperspektivet

# PROSJEKTTILTAK

Her presenteres alle prosjekttiltak, arbeidsgrupper og utprøvinger som er gjennomført i prosjektperioden. Videre beskrives kort arbeidet med brukerinvolvering, idégrunnlaget for personens rolle i egen rehabilitering og utvikling av helhetsmodellen, samt hvordan vi har hatt et tverrsektorielt samarbeid og systematisk arbeidet over tid.

## Aktiviteter og tiltak i prosjektperioden

Prosjektet har lagt vekt på en systematisk tilnærming, og har bygget helhetsmodellen tjeneste for tjeneste. Utprøving og evaluering av tjenestene har pågått kontinuerlig. Faktaboksen viser arbeidsgrupper og tiltak som har vært gjennomført og implementert i prosjektperioden. Aktiviteter og tiltak som har vært til utprøving i prosjektet.

## Tiltak for å sikre brukerinvolvering

Prosjektet har siden oppstart involvert og samhandlet med brukere på system- og individnivå. Både for å sikre brukeres rett til medvirkning, og for å sikre vår plikt til å involvere brukere i utviklingen av helsetjenester. Brukere er ikke bare tjenestemottakere eller representanter fra brukerorganisasjoner. Det er også helsepersonell, pårørende og ledere av helsetjenester. I prosjektet er brukermedvirkning inkludert i hele prosjektet. Se faktaboks.

### Arbeidsgrupper:

- Helhetlig rehabilitering - 2016
- Tverrfaglig vurderingsteam - 2016
- Senger for intensiv rehabilitering - 2016
- Teknologi relevant for rehabilitering - 2016
- Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess - 2017
- Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabilitering - 2017
- Ernæring i et rehabiliteringsforløp - 2018
- Hverdagsrehabilitering - 2020

### Tiltak prøvd ut - implementert:

- Tverrfaglig vurderingsteam 2017-2019
- Teknologi 2017-2021
- Internt kvalitetsregister 2017-2019
- Senger dedikert for rehabilitering 2019-2021
- Læring og mestring 2019-2020
- Dagtilbud 2019-2020
- Hverdagsrehabilitering 2020-2021

### Brukerinvolvering i praksis

- Forankring av prosjekttiltak
- Arbeidsgrupper
- Referansegrupper
- Workshops
- Intervjuer
- Innspills-seminarer
- Tjenestedesign
- Fagdager/konferanser



## Etablering av helhetsmodellen Samfunnsbasert rehabilitering

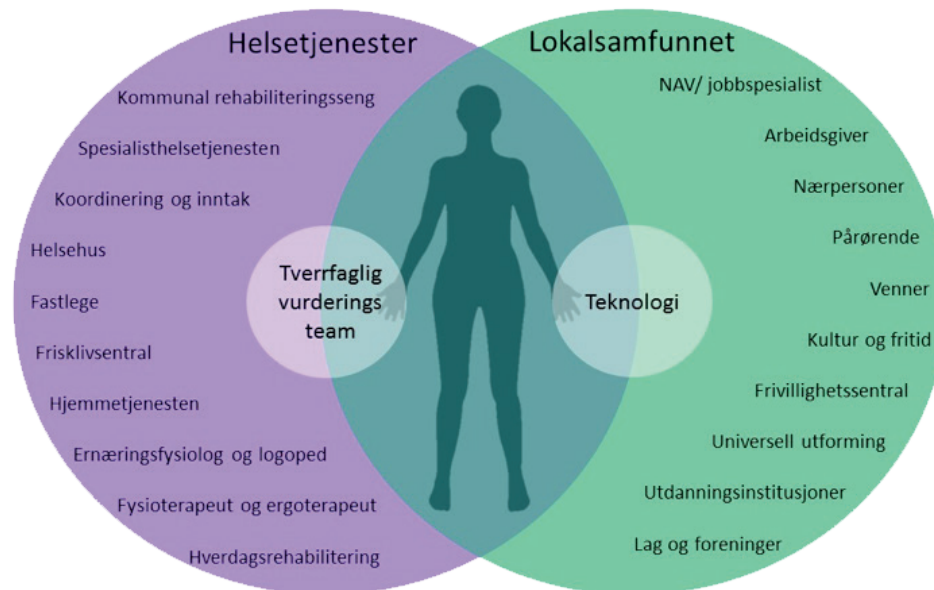
**Modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» skal sikre at rehabilitering blir mer enn helsetjenester. Modellen skal bidra til at ressurser i lokalsamfunnet også blir en del av rehabiliteringen.**

Vårt hovedmål har vært å styrke kommunal rehabilitering gjennom personperspektivet, brukermedvirkning, tverrfaglige team, senger for intensiv rehabilitering, dagtilbud, læring og mestring samt teknologi relevant for rehabilitering. Viktigheten av at alle disse tilbudene må være på plass for å gi en helhet, tydeliggjøres også i modellen Samfunns-

basert rehabilitering. En annen forutsetning er at relevante fagpersoner fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, kobles på ut fra personens behov. Helhetsmodellen er beskrevet i flere rapporter og bygger på Community Based Rehabilitation fra WHO blant annet: *Helhetlig forløp – Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp, 2019*.

Hvordan vi jobbet strategisk og dedikert med dette er beskrevet i rapporten: *Helhetlig forløp – Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp, 2019*.

Figur 1.  
Samfunnsbasert rehabilitering viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet.



### Personperspektivet

- Personen skal leve sitt liv i sitt lokalsamfunn, og ressursene i lokalsamfunnet mobiliseres for å støtte personen.
- Personen skal «eie» sin egen rehabiliteringsprosess. All aktivitet må ha dette som utgangspunkt uansett hvor og på hvilket nivå den enkelte personen er.
- Personen og fagpersonen er likeverdige individer med ulik kompetanse i rehabiliteringsprosessen.

### Personperspektivet

Personperspektivet har utviklet seg gjennom hele prosjektperioden, fra vi i 2016 tok utgangspunkt i «Hva er viktig for deg» og brukermedvirkning samt begrepet «person» i stedet for «bruker/pasient».

I dag er personperspektivet en grunnverdi i alt vårt arbeid. Personperspektivet er beskrevet i rapporten: *Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess, 2018*.

## Lokalsamfunnet

For å mobilisere ressurser i lokalsamfunnet må fagpersonene ha oversikt og kjennskap til hva som finnes av tilbud og aktiviteter. Å koble på aktiviteter i lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessen, bidrar til økt deltagelse i meningsfulle aktiviteter.

## Tverrfaglig vurderingsteam

Tverrfaglig vurderingsteam (TVT), som vi i modellen forklarer som personens høyre hånd, ble etablert i 2017. TVT jobber ambulant og består av personen, ergo terapeut, fysioterapeut og sykepleier. TVT har tre hoved arbeidsoppgaver; tverrfaglig vurdering av funksjon, koordinering og igangsetting av tiltak. Bruk av standardiserte tester og kartleggingsverktøy er implementert og en viktig faktor for å kunne gi en treffsikker tjeneste.

TVT har som mål å gi en helhetlig tjeneste ut ifra personens behov og kobler på andre fagpersoner utover ressurser i TVT som den enkelte trenger i sitt rehabiliteringsforløp f.eks. ergo-/fysioterapeuter, fastlege, tjenester fra psykisk helse og rus, jobbspesialist, logoped og ernæringsfysiolog. Når TVT avslutter innsatsen, overføres personen ved behov til andre relevante tjenester i kommunen.

Noen tverrfaglige vurderinger har ikke endt i et rehabiliteringsforløp. Men rapport til person og fastlege er sendt, samt at det ved behov har blitt koblet på relevante kommunale tjenester.

TVT har siden 2017 hatt et unikt samarbeid med jobbspesialist

fra NAV, som deltar som en del av teamet på ukentlig tverrfaglig møte. Jobbspesialisten følger personer som har arbeid som mål, tett opp mot arbeidsgiver/utdanning, enten personen skal tilbake til tidligere arbeid, eller det er behov for å tenke nytt. Se kildehenvisninger for mer informasjon om jobbspesialist.

Målgruppen for TVT er voksne over 23 år, som har behov for tverrfaglig rehabilitering. En tverrfaglig vurdering avgjør om det blir forløp i TVT, eller om det er andre tjenester i kommunen eller lokalsamfunnet som er det rette.

Henvisningsrutiner og hvem som henvises har utviklet seg gjennom årene, og vi har «gått opp» veien sammen med Sykehuset Østfold og kommunenes enheter for tildeling av tjenester.

For nærmere informasjon, se rapport: *Tverrfaglig vurderingsteam, 2017 og Evaluering – Pilot – Tverrfaglig vurderingsteam, 2018.*

### TVTs hovedarbeidsoppgaver

- Tverrfaglig vurdering
- Koordinering
- Igangsetting av tiltak

## Standardiserte tester og kartleggingsverktøy

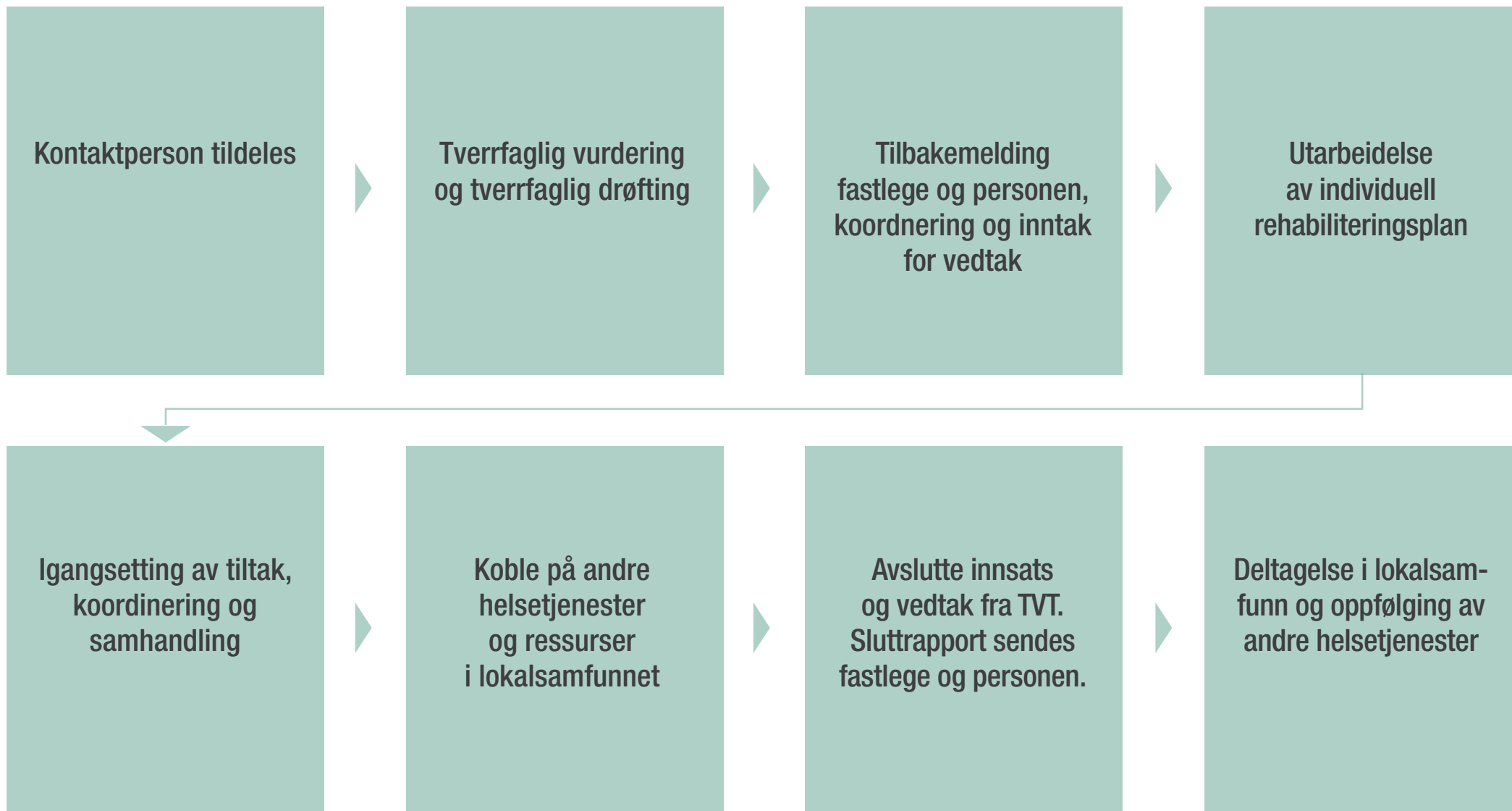
Standardiserte tester og kartleggingsverktøy blir benyttet i vurderingen. Testene har blitt systematisk brukt gjennom hele prosjektperioden.

Alle blir rutinemessig screenet for ernæringsmessig risiko (MNA og NRS 2002), og det iverksettes tiltak ved behov. I tillegg brukes andre relevante kartleggingsverktøy i konkrete forløp som f.eks. verktøy for vurdering av kognitiv funksjon (MoCa og Trail Making) og balanse (Bergs balanse-test og MiniBESTest).

For mer beskrivelse av testene, se rapport: *Evaluering – Pilot – Tverrfaglig vurderingsteam, 2018.*

### Tester benyttet i vurderingen fra TVT

- Barthel ADL Index
- Short Physical Performance Battery (SPPB)
- The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Grip-it (hånddynamometer)



Figur 2.  
Arbeidsflyt for Tverrfaglig vurderingsteam etter mottatt henvisning.

### **Internt kvalitetsregister**

I 2017 opprettet vi et internt kvalitetsregister for å monitorere effekten av det tverrfaglige vurderingsteamet. Målet med registeret er å bidra til bedre kvalitet i rehabiliteringen for personen samt minske uønsket variasjon i rehabiliteringstilbudet og kvaliteten på tjenesten.

I kvalitetsregisteret er det samlet data for prosess- og resultatindikatorer. Registeret inneholder strukturert informasjon fra hele rehabiliteringsforløpet: henvisning, funksjonsvurdering, tiltak og oppfølging samt resultat av behandlingen. Det har vært benyttet standardiserte måleverktøy for å måle endring.

### **Senger for intensiv rehabilitering**

I 2019 ble det gjennomført en utprøving av senger for intensiv rehabilitering i samarbeid med Helsehusets døgnenhet. Utprøvingen hadde fokus på prosedyrer, bruk av teknologi og samhandling med TVT, personperspektivet, bruk av lokalsamfunnet og modell for Samfunnsbasert rehabilitering. Kommunal rehabilitering på institusjon i Helsehusets eierkommuner, har tradisjonelt foregått ved korttid-/ rehabilitering-/ avlastningsavdelingen på sykehjemmene. Forskningen til Inger Johansen (se kildehenvisning) har dokumentert at dedikerte rehabiliteringssenger med en forsterket terapeuttetthet gir raskere rehabilitering, økt funksjon og redusert behov for hjemmetjenester etter endt rehabilitering.

Se rapport:

*Utprøving av senger for intensiv rehabilitering, 2020.*

### **Dagtilbud - Læring og mestring**

Dagtilbudet består av gruppetilbud og individuell oppfølging, både i form av trening og aktivitet samt læring og mestrings-tilbud. I 2019 startet vi utprøvingene av følgende dagtilbud:

- **Intensiv gangtrening.**  
Individuell oppfølging av personer etter hjerneslag som skal trene etter metode høyintensiv gangtrening, High Intensity Gait Training (HIGT).  
Se kildehenvisning.
- **Trening av arm etter hjerneslag ved hjelp av VR-briller (Virtual Reality).**  
Individuell oppfølging til personer med behov for å trene affisert arm etter hjerneslag.
- **KOLS-skole.**  
Gruppetilbud for personer med KOLS diagnose. Skolen er en kombinasjon av læring, mestring og fysisk aktivitet.
- **Smerteskole.**  
Gruppetilbud for personer med muskel- /skjelettsmerter som er ferdig utredet. Det blir tatt utgangspunkt i smertefysiologi og forståelse av langvarig smerte.

### **Hverdagsrehabilitering**

Daværende Askim kommune søkte i 2019 midler fra Fylkesmannen for å implementere Hverdagsrehabilitering. Prosjektet skal prøve ut teknologi som øker intensitet og

erstatte «hjemmetreneren» og jobbe ut ifra den samfunnsbaserte rehabiliteringsmodellen.

Prosjekt Hverdagsrehabilitering ble en del av prosjekttiltakene for Innovativ rehabilitering i 2020. Utprøvinger skjer i tett samarbeid med hjemmetjenesten i Indre Østfold kommune.

For mer informasjon, se rapport:

*Hverdagsrehabilitering, 2020.*

### **Teknologi**

Teknologi har vært en viktig del av den innovative tilnærmingen i prosjektet siden oppstart i 2016.

### **Følgende «spor» for teknologi ble valgt:**

1. Kommersielle dataspill og andre systemer som kombinerer opptrening med dataspill
2. Telerehabilitering og oppfølging/monitorering av personer over avstand med nettbrett
3. Systemer for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen

## 1. Kommersielle dataspill og andre systemer

- Nintendo Wii
- Magic-glass

## 2. Telerehabilitering/avstandsoppfølging

- Virtuell trening
- Berntsen aktivitetsrobot
- Gruppetrening via video
- Bruk av Ipad på senger for intensiv rehabilitering
- KOMP

## 3. Informasjonsdeling

- Imatis
- Confrere
- Join
- Nyby



Bilde 1. Opplæring i bruk av video - Carina Kolnes, Tone Authen og Lars Martinsen fra TVT

### Prosjektet har implementert teknologi etter følgende modell:

VURDERING/AVKLARING AV BEHOV ► TESTING OG UTPRØVING  
BLANT DE ANSATTE ► OPPLÆRING AV ANSATTE ► PILOTTESTING  
MED LITEN GRUPPE AV BRUKERE ► FULLSKALA IMPLEMENTERING

### For mer om teknologi se:

Prosjektrapport – Forslag til handlingsplan 2017-2020, kap 2.4 og  
Evaluering – Pilot – Tverrfaglig vurderingsteam, 2018.

## Fra prosjekt til etablering av tjenester

Fra oppstart i 2016 har prosjektet hatt fokus på å gå fra prosjekt til implementering. Forankring, involvering og informasjon, ble derfor nøkkelelementer fra start.

Interessentene har vært politikere, rådmenn, administrasjonen, fagpersoner, tillitsvalgte, verneombud, samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og bred brukerinvolvering på system- og individnivå. Målsettingene og prosjekttiltakene ble hvert år forsøkt kommunisert ut til alle interessenter.

Prosjektet etablerte faste møteplasser for informasjon med lokalt samarbeidsutvalg (kommuneoverleger og virksomhetsledere i Helsehusets syv eierkommuner), på interkommunale rådmannsmøter, møter med koordinerende enheter/vedtaks-kontor i de 7 kommunene, møter med rådene for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet i de syv kommunene.

Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Eldrerådet og en gruppe med tillitsvalgte i de syv kommunene, har vært referansegrupper gjennom prosjektperioden. For å løfte kunnskapen om rehabilitering har vi bl.a. arrangert fagdager for politikere, brukerorganisasjoner lokalt, fagpersoner og andre interessenter.

# PROSJEKTETS MÅLOPPNÅELSE OG RESULTATER

## Evaluering av ulike tiltak og helhetsmodellen

I avsnittene under har vi trukket frem noen hovedresultater fra arbeidet med ulike tiltak i prosjektet. Resultatene består av kartlegging av faktisk aktivitet samt effekter på bruker- og tjenestenivå. Prosjektet har ikke hatt som ambisjon å dokumentere en fullstendig kost/nytte for helhetsmodellen.

Det ville vært veldig resurskrevende på grunn av kompleksiteten i kommunestrukturen, manglende datagrunnlag for før-analyser og kompleksitet i måling av intervensjonene. Vi har heller valgt å se på enkeltelementer og vist kost/nytte og effekt av disse. Å gå fra prosjekt til implementering er utfordrende, også for dette prosjektet. Denne prosessen er beskrevet i eget avsnitt.

### Følgforskning

Fra Universitetet i Sørøst- Norge har vi hatt årlige avtaler om følgforskning siden 2016. Evalueringen er gjort av Hilde Eide, professor, Vitensenteret helse og teknologi, Kristin Skeide Fuglerud, Førsteamanuensis II, Vitensenteret helse og teknologi og Bent-Håkon Lauritzen, rådgiver Norway Health Tech. De har hvert år levert årlige følgeevalueringer som er en del av årlig rapportering til Helsedirektoratet.

Se rapporter fra følgforskning:

Følgforskning – delrapport 1 – Eide et al. 2017,  
Følgforskning – delrapport 2 – Fuglerud et al. 2018,  
Følgforskning – delrapport 3 – Fuglerud et al. 2019,  
Følgforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020.

## Tverrfaglig vurderingsteam (TVT)

I perioden september 2017 til desember 2020 er totalt 299 personer henvist til TVT teamet. Av disse har man gått videre og gitt tjenester til 207 personer. De 92 som ikke har fått tjenester, har fått en tverrfaglig funksjonsvurdering, og tilbakemelding med forslag om eventuell videre oppfølging er gitt til kommunens enhet for tildeling av tjenester, fastlegen og personen selv.

Den tverrfaglige vurderingen, uavhengig av om det blir forløp eller ei, bidrar til å utrede potensialet for rehabilitering før vedtak om kompensierende tjenester.

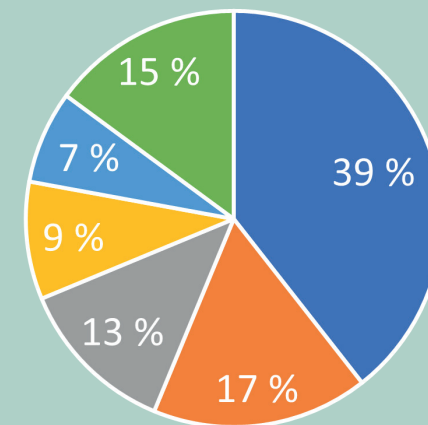
### Ulike målinger og resultater fra internt kvalitetsregister.

Av de henviste til TVT er 48% i yrkesaktiv alder og 38% i alderen fra 65 til 80 år. Kun 14% av de henviste er over 80 år. Samhandlingen med NAV og jobbspesialist er derfor verdifullt for å kunne ha arbeid som mål og understøtte tilbakegang til arbeid.

Av teamets ressurser brukes 55% på personer i alderen under 65 år, 36% på personer i alderen mellom 65 og 80 år og 9% på personer over 80 år.

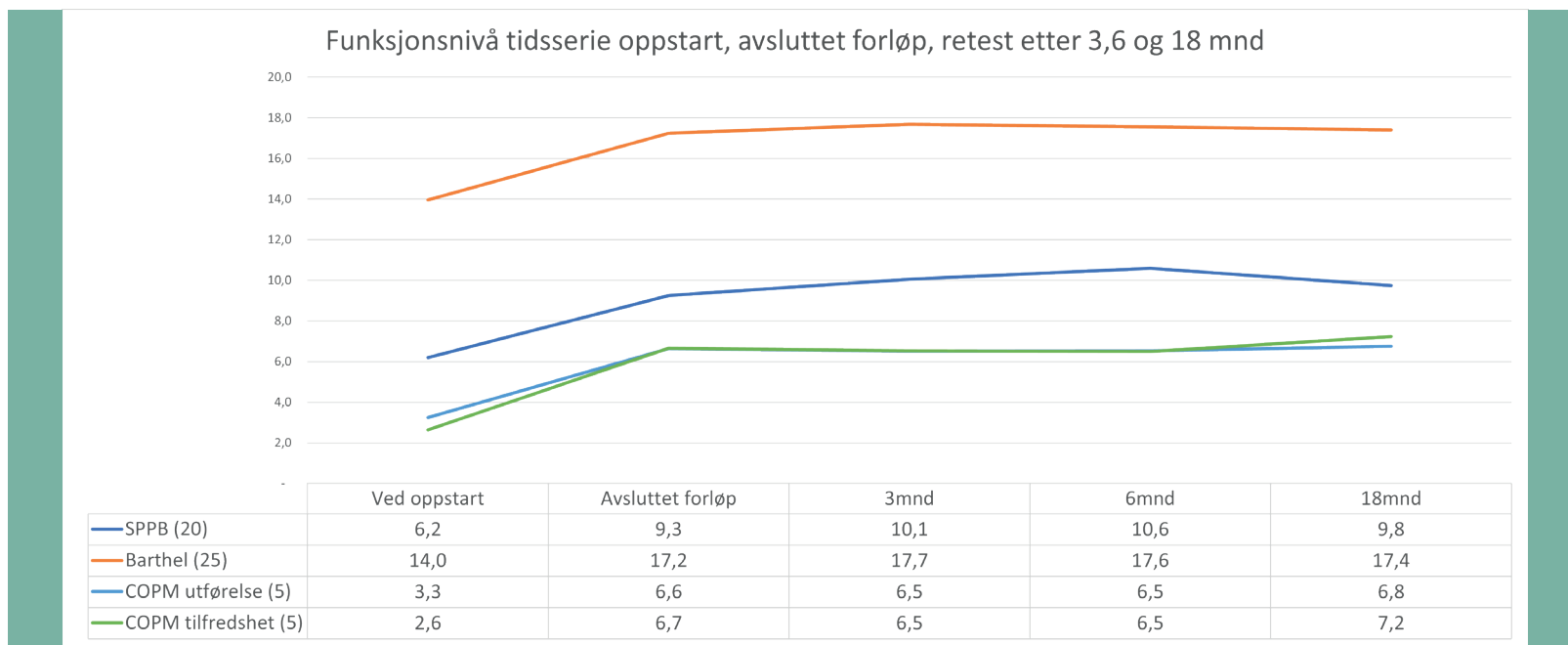
39% henvises med funksjonsnedsettelse etter hjerte- og karlidelser. Dette er i all hovedsak personer som har fått hjerneslag.

## Andel pr. diagnosegruppe - topp 5



- K Hjerte-karsystemet
- L Muskel og skjelettsystemet
- N Nervesystemet
- A Allment og uspesifisert
- R Luftveier
- Øvrige

Figur 3. Personer med et forløp fordelt på diagnosegruppe i TVT



Figur 4. Funksjonsnivå - tidsserie oppstart, avsluttet forløp, retest etter 3, 6 og 18 måneder

### Måling av funksjon i forløp

Barthel ADL Index endret seg fra 14,6 ved oppstart til 17,7 ved avslutning (n= 125). SPPB endret seg fra 5,6 ved oppstart til 8,4 ved avslutning (n= 110). COPM tilfredshet endret seg fra 3,0 ved oppstart til 6,1 ved avslutning (n= 21). COPM utførelse endret seg fra 3,4 ved oppstart til 6,0 ved avslutning (n=21).

Økningen i funksjon som er dokumentert, kan i praksis bety forskjellen på om personene kan bo i eget hjem eller ikke, og grad av behov for kompenserende tjenester fra kommunen.

Bildet over viser en sammenstilling av økning i funksjon i en tidsserie oppstart, avsluttet forløp og retest etter 3, 6 og 18 mnd. De ulike testene scores som følger: SPPB (0-12), Barthel ADL Index (0-20), COPM (0-10).

Det er gjennomført retest 3, 6 og 18 måneder etter avsluttet forløp for å se utvikling av funksjonsnivået over tid. Med forbehold om få personer i utvalget på denne tidsserien, kan vi antyde at personene har klart å opprettholde økt funksjon etter avsluttet forløp. En mulig årsak til dette er at ved avslutning kobler teamet på andre relevante tiltak om det er behov for det.

Resultatene av funksjonsmålingene, også etter avsluttet forløp, indikerer at TVT bidrar til å nå målet om at mer rehabilitering kan skje i hjemmet og at kommunen kan ta mer ansvar for rehabilitering.

### Tidsmålinger i et rehabiliteringsforløp i TVT

Et forløp i TVT har en median lengde på 73 dager. Fra henvisning til første vurdering er gjennomført, tar det fem dager. Tidsmålingene viser at vi klarer å gjennomføre tverrfaglig vurdering raskt, at vi er systematiske med å opprette Individuell rehabiliteringsplan og kontaktperson. Tidsmålingene viser at TVT bidrar til sammenhengende tjenester og rask igangsetting av tiltak.

### Koordinering

Teamet bruker nesten 20% av tiden til koordineringsoppgaver. Personer i forløp får ved oppstart tildelt en egen kontaktperson i teamet. På denne måten har vi plassert ansvaret og sikrer at koordineringen skjer nærmest mulig personen.

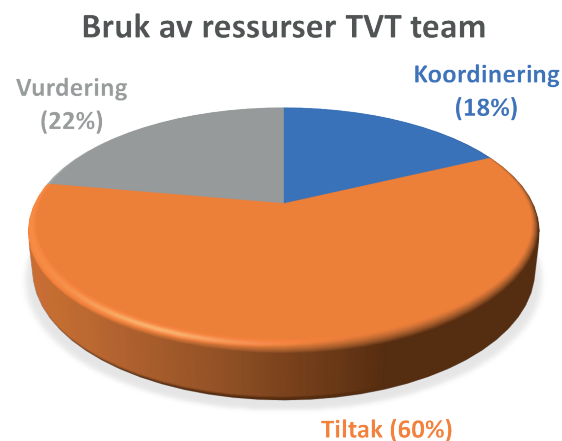
Ved oppstart av prosjektet fikk vi tilbakemelding fra noen saksbehandlere om at denne type koordinering ikke hadde skjedd tidligere, og at de ikke hadde tid og kompetanse til å kunne gjøre dette. Inn i ny kommune er det avklart at TVT fortsatt har ansvaret for denne koordineringen.

Ved avsluttet forløp i teamet kobles kommunens Koordinerende enhet på for å opprette en ny koordinator samt

overlevere den Individuelle rehabiliteringsplanen som blir grunnlaget for en eventuell Individuell plan. Denne måten å jobbe på har økt koordineringen i ambulant rehabilitering; dette bidrar til mer helhetlige og koordinerte forløp både på bruker- og tjenestenivå. Personene opplever det som en forskjell at de får tildelt en egen kontaktperson som sikrer koordinering.

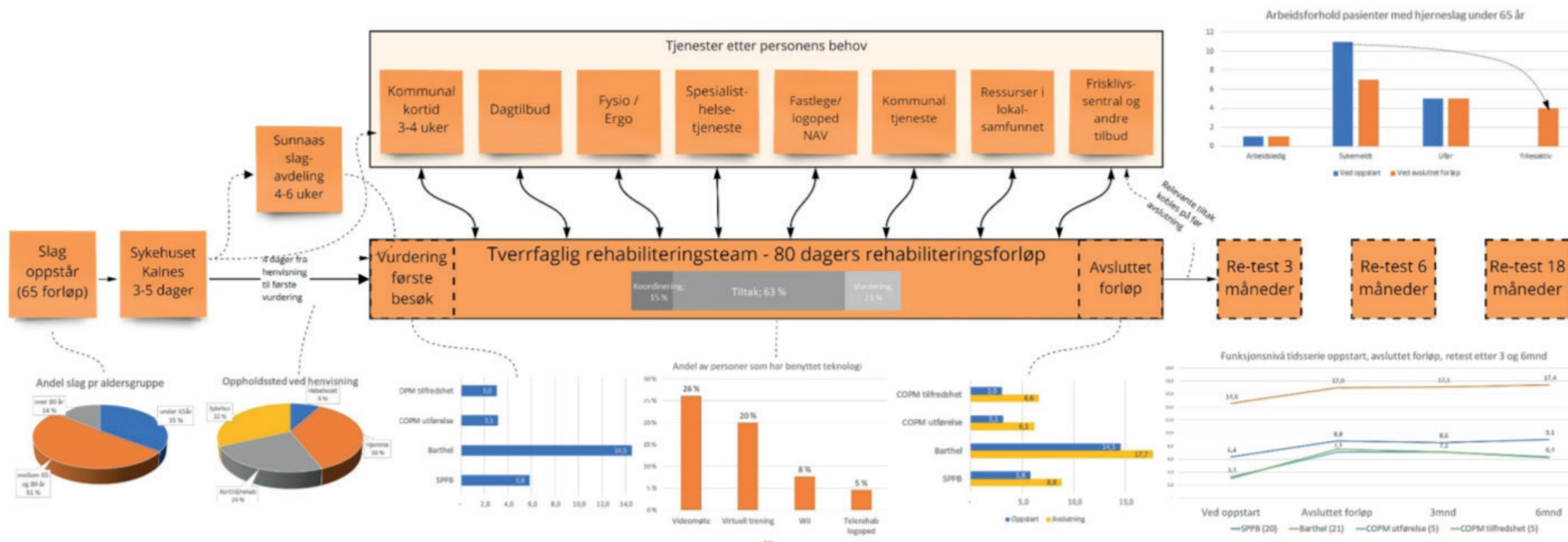
Sitat Følgeforskning - delrapport 3 - Fuglerud et al. 2019, side 21:

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



Figur 5. Andel av ressurser fordelt på TVT's hovedarbeidsoppgaver





Figur 6. Slaganalyse

## Slaganalyse

Det har vært 65 forløp i TVT knyttet til personer med hjerneslag. Ved utskrivelse fra akuttsykehus er det flere forskjellige løp som kan starte for personene med behov for rehabilitering. Noen kommer direkte hjem og får oppfølging fra TVT, noen går via spesialisert rehabilitering som Sunnaas eller private institusjoner, og andre får opphold ved kommunal institusjon før oppfølging fra TVT starter.

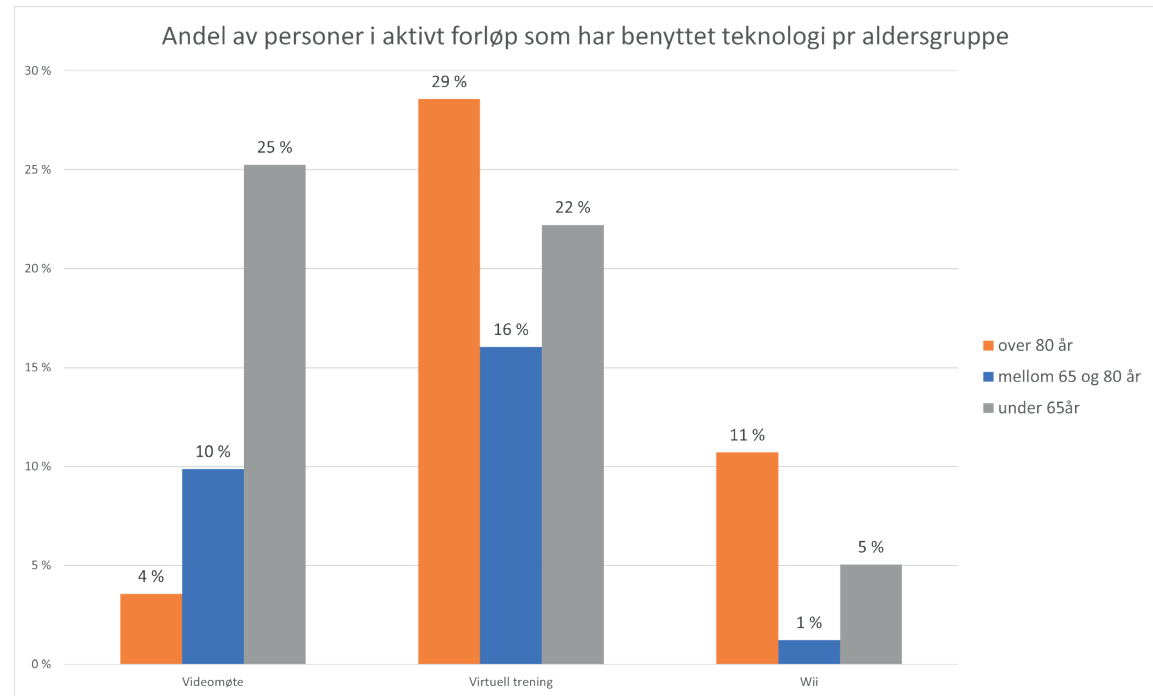
Ved henvisning til TVT er om lag 1/3 av personene allerede kommet hjem. En stor andel av tidsbruken til TVT går

med til å gjennomføre rehabiliteringstiltak med personene. I dette ligger bl.a. oppfølging av personer med intensiv gangtrening. 15% av tiden går med til koordinering av slagforløpet. Underveis i oppfølgingen fra TVT kobles aktuelle aktører på ved behov.

Kartlegging av funksjonsnivå ved første vurdering, og ved avslutning av forløpet, viser at personene får en forbedring i funksjon gjennom forløpet. Denne funksjonsforbedringen ser ut til å holde seg ved retesting 3, 6 og 18 måneder

etter avsluttet forløp. Relevante aktører for personens videre rehabilitering kobles på ved avslutning, og dette kan være med å forklare hvorfor funksjonsnivået opprettholdes over tid.

For personene i arbeidsfør alder ser vi at flere går fra sykemelding til arbeid gjennom forløpet med TVT. Tett samarbeid med NAV, jobbspesialist og arbeidsgiver er avgjørende for å få dette til.



Figur 7. Andel av personer i aktiv forløp som har benyttet teknologi pr aldersgruppe

### Teknologi i TVT

Prosjektet har gjennomført en utprøving av teknologi relevant for rehabilitering. Vi ser at teknologien understøtter intensitet i rehabilitering, sparer antall hjemmebesøk og er tidsbesparende i informasjonsflyten samt bidrar til kvalitet. Personene tar selv ansvar for egen rehabilitering, og de kan selv bestemme når de vil trene.

Å ha ulike typer teknologi har også vist seg nyttig ettersom personer i forløp er veldig forskjellige.

TVT har vært viktige i utprøvingen og implementeringen av teknologi. Registreringer viser at teknologien benyttes i mange forløp, men ikke i alle. Av andel personer som har benyttet teknologi i TVT er: 16% videomøte, 21% Virtuell trening og 4% Wii. 34 % prosent har benyttet en eller flere teknologier. Teknologien har blitt benyttet av alle aldersgrupper som er henvist til teamet.

Virtuell trening er den teknologien som er benyttet av flest personer i forløp. Hos enkelte kan vi dokumentere opp mot 48 egentreningsøkter i et 60 dagers forløp. Dette er i tillegg til tiltak gitt av TVT, terapeuter og andre aktører. Dette indikerer at det er rom for besparelse på antall hjemmebesøk med terapeuter ved bruk av Virtuell trening.

Sitat Følgforskning - delrapport 2 – Fuglerud et al. 2018, side 30:

*«Erfaringene fra bruk av spill og virtuell trening tyder på at det er motiverende og at det derved kan bidra til intensitet i trening.»*

I økende grad ser vi at video blir benyttet til å koble fagpersoner sammen til utskrivingsmøter fra rehabiliteringsinstitusjoner, sykehus og samarbeidsmøter med fastleger og andre involverte tjenester i og utenfor kommunen. Personen selv og nærpå personer deltar i samhandling og utskrivingsmøter. Dette sikrer god informasjonsutveksling i overføring mellom nivå, og personen selv opplever det som trygge overganger. Bruk av video har endret praksis. Dette understøtter helhetlig forløp og gjør overgangen til eget hjem lettere.

Utprøvingen av Imatis viser at digitalisering av tester har bidratt til spart tid for dokumentasjon. Testresultater, mål,

tiltak og tidslinje blir registrert rett i elektronisk tavle. Denne tavlen understøtter tverrfaglighet og samhandling i møter og sikrer informasjonsflyt i overganger mellom tjenester. Den digitale sjekklisten øker kvaliteten på oppfølgingen og sikrer lik praksis.

Selvrapportering med bruk av spørreskjema for kvalitetsindikatorer i rehabilitering fra Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, ble testet i utprøvingen av sengene. Kvalitetsindikatorene ble lagt inn på nettbrett og personene rapporterte digitalt. EQ-5D (selvrapportering livskvalitet) har vært brukt i forbindelse med blant annet smerteskole. Det jobbes med å implementere selvrapportering som en del av hele rehabiliteringstjenesten.

*Se rapport: Utprøving av senger for intensiv rehabilitering, 2019.*

## Implementering av teknologi

**Etter en periode med utprøving er nå videoløsningene og Virtuell trening implementert i drift i TVT. Bruken blant andre terapeuter i enhet Rehabilitering, læring og friskliv er økende. Alle i enheten har bærbar PC med tilgang til sikker sone, videoløsningen Join og elektronisk pasientjournal.**

De deler nett fra mobilen ved behov. Dette er tidseffektivt. Vi har ikke klart å få stort nok volum av personer knyttet til bruk av Magic-glass og KOMP, til å kunne konkludere med effekten av utprøvingen. Implementering av Nyby i Indre Østfold kommune fikk ikke forankring på systemnivå, og videreføres derfor ikke ved prosjektets slutt. Berntsen er under utprøving til og med juni 2021, deretter vil det fattes en beslutning om eventuell videreføring i ordinær drift. KOMP har vært prøvd ut, men i veldig begrenset omfang og er ikke implementert. Imatis videreføres inn i det nye Helsehuset som en videre utprøving.

Erfaringer fra prosjektet viser at det i fortsettelsen er behov for et miljø og en teknologiansvarlig som er dedikerte til utprøving og oppfølging av teknologi relevant for rehabilitering.

Sitat Følgforskning - delrapport 2 – Fuglerud et al. 2018, side 30:

*«Erfaringene med bruk av teknologi viser at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling.»*

## Senger for intensiv rehabilitering

**Prosjektet har gjennom systematisk arbeid løftet behovet for dedikerte rehabiliteringssenger i Indre Østfold. I juni 2021 åpnes dette tilbudet.**

I 2019 fikk vi verdifull erfaring ved utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Helsehusets døgnenhet,

*se rapport: Utprøving av senger for intensiv rehabilitering, 2019.*

Erfaringer fra utprøvingen har overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering:

Sitat følgeforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020, side 16:

*«Man fikk testet ut mange ulike aspekter, alt fra etablering av prosedyrer og rutiner, effektmål, rekruttering, bruk av teknologi og samhandling med TVT. Rehabiliteringsprosjektet identifiserte en del forbedringspunkter som de tar med seg videre, som ytterligere justeringer og presiseringer av prosedyrer, roller og ansvar, behov for erfaringer knyttet til tidspunkt for fellesmøter, bruk og tilpasning av teknologi, og samhandling med lege mm.»*

## Dagtilbud – Læring og mestringstilbud

**Smerteskole, KOLS-skole og intensiv gangtrening er testet ut som dagtilbud i prosjektperioden.**

Smerteskole har etter tre utprøvinger funnet sin form og er nå implementert som en del av læring og mestringstilbudet i Indre Østfold kommune. Smerteskolen er et godt eksempel på hvordan vi med dedikerte utprøvinger og evalueringer, har kommet frem til et tverrfaglig helhetlig tilbud.

Intensiv gangtrening har gitt oss erfaringer med en metode som er effektiv og som raskt bidrar til økt funksjon hos personene. Økt gangfunksjon, bedre balanse og lengre gangdistanse er effekter vi har sett fra treningen. Intensiv gangtrening er i en implementeringsprosess. Tilbud om KOLS-skole er foreløpig ikke implementert på grunn av ressursituasjonen.

Sitater følgeforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020, side 17 og 18:

*«De intervjuede deltakerne på kols- og smerteskolen var meget fornøyd med tilbudet og opplevde det som relevant og nyttig.»*

*«Har fått en helt annen livslyst. De fikk meg med ordentlig. Motiverte, og backet meg opp hele veien.»*

*«Det ble et likeverdig forhold - hadde det veldig fint som gruppe.»*

*«Foredragene om psykiske aspekter ble trukket frem som spesielt bra for begge gruppene.»*

## Hverdagsrehabilitering (HVR)

**Utprøving av hverdagsrehabilitering har hatt 23 vurderinger. 10 vurderinger har ikke endt i forløp, men andre relevante tjenester har blitt koblet på.**

I arbeidet med hverdagsrehabilitering har prosjektet testet ut Berntsen aktivitetsrobot. Berntsen aktivitetsrobot inneholder blant annet treningsvideoer som skal bidra til mer egentrening og økt aktivitetsnivå. Det er også en integrert videoløsning som gjør det enklere å kommunisere med brukeren på avstand. Disse to elementene vil kunne gi tilsvarende gevinster som ved bruk av virtuell trening.

Berntsen har vært brukt i 8 forløp. Erfaringene så langt er at teknologien motiverer til egenaktivitet. Det gjør at terapeutene kan fokusere mer på trening i aktivitetene som er viktig for personene. Personer som ikke har teknologi, krever hyppigere besøk av terapeuter. Vi ser tendens til økt funksjon, og mange har fått redusert hjemmetjeneste. Lokalsamfunnet og andre helsetjenester har blitt koblet på, og det har bidratt til økt tverrfaglig samarbeid og økt livskvalitet og egenmestring hos personene.

## Fra prosjekt til varig drift

**Prosjektet har vært tro mot den helhetlige arbeidsmodellen Samfunnsbasert rehabilitering, og har systematisk testet ut, evaluert og implementert elementer fra den. Vi har kontinuerlig evaluert tiltakene våre internt, med brukere og samarbeidspartnere og justert etter hvilke tilbakemeldinger vi har fått.**

I 2017 sendte vi ut en orienteringssak om prosjektet til kommunene fulgt av en hørings sak og et saksfremlegg til politisk behandling. Det omhandlet etablering av TVT som et interkommunalt prosjekttiltak og senger for intensiv rehabilitering. Ved etableringen av TVT i 2017 fikk vi til en politisk beslutning om delfinansiering fra kommunene. Fra 2020 ble TVT helfinansiert av Indre Østfold kommune.

Funksjonsfordeling av senger, som var til politisk behandling i Indre Østfold kommune i 2020, understøttet at det skulle etableres dedikerte senger for rehabilitering ved det nye Helsehuset i kommunen. Dette tilbudet åpner i juni 2021. Det skal også være rehabilitering ved en avdeling ved en annen institusjon i kommunen.

I løpet av 2019 deltok prosjektet på mange møteplasser om organisering av tjenestene inn i ny kommune. Ved etablering av ny kommune 01.01.2020, ble enhet Rehabilitering, læring og friskliv etablert. Denne organiseringen sikrer tettere styring og lederforankring av rehabilitering for voksne i kommunen.

Å kunne vise til dokumenterte resultater av nye prosjekttiltak og sette disse inn i en kost-nytte-analyse, har vært av stor betydning for å få til implementeringen. I 2021 er det 4 engasjementstillinger som er videreført etter å ha vært finansiert av prosjektet i 2020. Målet er at disse skal bli faste stillinger i løpet av de neste to årene.

De ansatte i TVT og prosjektet har vært drivere i mange prosjekttiltak. De har derfor fungert som endringsagenter i arbeidet med å gå fra prosjekttiltak til implementering av team, teknologi, utprøving av senger, dagtilbud samt læring og mestringstilbud.

Følgforskerne har evaluert prosjektets implementeringsprosess og identifisert at en sentral arbeidsmetodikk har vært at vi i stor grad har anvendt vurderinger og iterative strategier.

Sitat følgeforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020, side 25:

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

### Prosjektets delingsarbeid

Prosjektet har prioritert å ta imot interessenter og har takket ja til alle forespørsler om besøk og deltatt på alle konferanser og delingsarenaer vi har vært invitert til. Vi har sendt inn abstracts til to internasjonale rehabiliteringskonferanser som har blitt antatt. Prosjektet har skrevet og bidratt til tre publiserte artikler. Delingsarbeidet har gitt verdifull dialog og gitt innspill til vårt eget utviklingsarbeid.

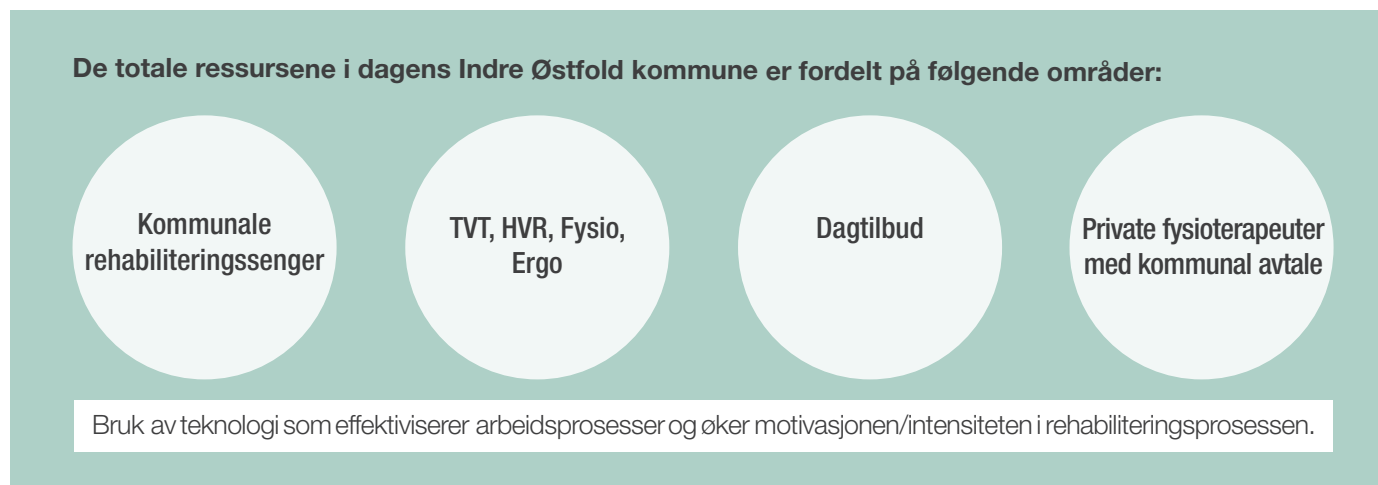
Sitat følgeforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020, side 23:

*«Prosjektet har jobbet bredt med formidling. Det er stor etterspørsel etter å få eksempler på hvordan man kan gjøre ting i praksis. Det virker som prosjektet nyter stor tillit i fagmiljøene, og at det er i ferd med å etablere seg til et nasjonalt referanseprosjekt.»*

Tabell 1. Prosjektets delingsarbeid 2017-2021

|               | Antall eksterne presentasjoner totalt | Presentasjoner konferanser/ kongresser/ andre fagfora nasjonalt og undervisning høyskole og universitet | Politikere, råd og utvalg | Besøk til prosjektet totalt | Besøk til prosjektet fra ulike kommuner/ fylkeskommuner | Besøk til prosjektet fra institusjoner |
|---------------|---------------------------------------|---|---------------------------|-----------------------------|---|--|
| 2017          | <b>25</b>                             | 14 <sup>1</sup>   | 9                         | <b>1</b>                    |   |  |
| 2018          | <b>23</b>                             | 20 <sup>2</sup>   | 3                         |                             |   |  |
| 2019          | <b>29</b>                             | 26 <sup>3</sup>   | 3                         | <b>19</b>                   | 7   | 12 <sup>4</sup>                        |
| 2020          | <b>6</b>                              | 5 <sup>5</sup>  | 1                         | <b>2</b>                    | 1   | 1                                      |
| 2021          | <b>7</b>                              | 5 <sup>6</sup>  | 2                         |                             |   |  |
| 2021 planlagt | <b>3</b>                              | 3 <sup>7</sup>  |                           |                             |   |  |

- 1 Herav dialogkonferanse om utviklingsplan med SØ Kalnes, Imatis brukerkonferanse, rehabiliteringskonferanse Sandefjord, fagdag for sykehuset Kongsvinger med omegn, Strategisk utviklingsforum og Nordisk demodag.
- 2 Herav rehabiliteringskonferanse i Trondheim, konferanse Norges handikapforbund, Fylkesmannens Helse- og sosialavd i Norge, NSHs rehabiliteringskonferanse, Rehabiliteringskonferanse Helse Sør-Øst og Sunnaas samt Ehin.
- 3 Herav verdenskongress for rehabilitering i USA, rehabiliteringsforum fylkesmannen og Sykehuset Innlandet HF, Rehabiliteringsnettverk Østfold, Helsehuset Stavanger, KS regionsamling, samhandlingskonferanse Nordlandssykehuset, rehabiliteringskonferansen Helse Sør-Øst og Sunnaas sykehus.
- 4 Herav følgende besøk; Helseministeren, Finansministeren, Helse og omsorgskomiteén, 6 besøk fra forbund og undervisningsinstitusjoner og 3 andre.
- 5 Herav rehabiliteringskonferanse i Trondheim og webinar med Innomed - Gode praksis eksempler
- 6 T.o.m. mars - Herav webinar med Norway Health Tech, LHL og Sunnaas sykehus, Nasjonalt webinar med følgeforskere, Helse og omsorgskomiteén og to foredrag i Helsedirektoratet
- 7 F.o.m. april - Herav vårkonferanse UNN og verdenskongress om rehabilitering i Danmark



Figur 10. Kommunal rehabiliteringstjeneste for voksne.

## Dimensjonering og kost/nytte for en fremtidig helhetlig rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold

**For å optimalisere bruken av ressurser og sikre en høyest mulig kvalitet på tjenesten, vil det være avgjørende å dimensjonere de ulike tilbudene riktig og at de utfyller hverandre på en optimal måte.**

En økt dimensjonering av f.eks. tverrfaglig vurderingsteam og dagtilbud, vil kunne redusere behovet for antall senger, og et godt organisert dagtilbud vil kunne redusere behovet for hjemmebasert rehabilitering. Ny teknologi kan effektivisere koordinering, redusere behov for fysisk besøk, øke egenaktivitet og forenkle oppfølging av personen.

Etableringen av en felles sengepost for intensiv rehabilitering på Helsehuset vil føre til redusert behov for tjenester i hjemmetjenesten og utsette behov for fast sykehjemsplass (se kildehenvisning, Inger Johansen).

Arbeidet med prosjekt Innovativ rehabilitering har vist at innføring av TVT har ført til forbedret funksjonsnivå både på kort og lang sikt. Når sengepost for intensiv rehabilitering og dagtilbud blir etablert på Helsehuset medio 2021, vil man kunne forvente følgende effekter:

- Flere brukere kommer raskere tilbake i jobb
- Frigjøring av kapasitet på korttidsplasser på øvrige sykehjem i kommunen som tidligere er benyttet til rehabilitering

- Redusert behov for støttetjenester i kommunal hjemmetjeneste som følge av bedret funksjonsevne
- Flere brukere klarer å bo i eget hjem lengre à redusert behov /utsatt behov for fast sykehjemsplass og korttidsopphold
- Økt involvering av lokalsamfunn i personens rehabiliteringsprosess fører til økt deltagelse
- Bruk av teknologi reduserer behov for fysisk besøk fra TVT/terapeuter i hjemmet, sparer reisetid og øker personens motivasjon og intensitet i opptreningen

Før  
rehabilitering  
TVT

4 besøk pr dag  
av to ansatte fra  
hjemmetjensten

Etter  
rehabilitering  
TVT

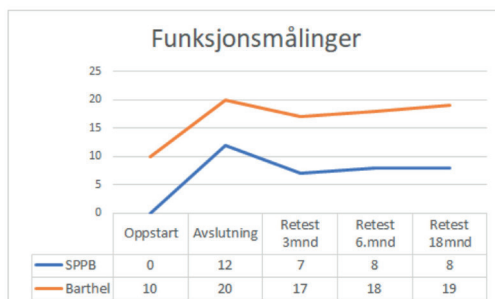
2 timer  
hjemmetjeneste  
per uke

### Kost/nytte

kost pr år før:  
1.070.000  
-----  
kost pr år nå:  
61.100  
-----  
Årlig besparelse:  
1.008.900  
-----  
Kostnad rehabilitering:  
78.500

## Individuell rehabiliteringsplan og innsats TVT

Egentrening  
Trening av spesialfunksjon  
Gangtrening  
Avtale om å trene på  
treningsrom  
Tiltak på ernæring  
Spilte Nintendo wee  
Oppfølging av nærpersion



Forløp 36 uker, Snitt 3.6 timer pr uke, Fysio, Ergo og koordinering

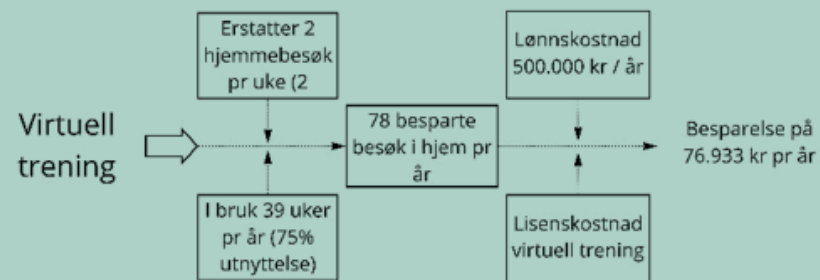
Figur 9. Kost/nytte for forløp i TVT

### Eksempel på kost/nytte for forløp i TVT

Figuren over viser et konkret rehabiliteringsforløp der TVT innsats over en periode på 36 uker førte til en reduksjon i årlige hjemmetjenester på 1 million kroner. Personens funksjonsmålinger viste en økning fra 0 til 12 på SPPB og fra 10 til 20 for Barthel. Også retest etter 3, 6 og 18 måneder viser opprettholdt funksjonsnivå. Kostnaden for rehabiliteringsinnsatsen ble beregnet til 78.500 kroner.

### Eksempel på kost/nytte bruk av Virtuell trening

Virtuell trening bidrar til høy egeninnsats og egner seg for oppfølging av person på avstand. I prosjektet er det laget en enkel kost/nytte analyse i forbindelse med bruk av løsningen. Analysen gir en årlig beregnet besparelse på 77.000 kroner pr lisens pr år. Det reduserte timeforbruket tilsvarer ca 156 behandlings-timer pr år pr lisens (ca 10% stilling). Reisekostnader i forbindelse med hjemmebesøk og tidsbruk for oppstart og administrasjon av løsningen er ikke hensyntatt. Teknologien sikrer mer rehabilitering for de samme personellressurser. Den sparte terapeuttiden kan brukes til andre tiltak som krever en til en oppfølging, f.eks. til personens målsettinger for aktivitet og deltagelse.



Figur 10. Kost/nytte bruk av Virtuell teknologi

### Kost/nytte knyttet til innføring av sengepost

Mai 2017 ble prosjektrapporten «Senger for intensiv rehabilitering» ferdigstilt i prosjektet. Utredningen tar utgangspunkt i forskningen utført av Inger Johansen, 2013: «Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings». Forskningsprosjektet peker på effektene ved å samle kommunale korttid- og rehabiliteringssenger distribuert på ulike sykehjem til en dedikert felles sengepost med forsterket terapeuttetthet. Høyere

behandlingsintensitet på en dedikert sengepost viser i Inger Johansens studie en redusert gjennomsnittlig liggetid fra 5,5 uker til 3,1 uker. I tillegg viser studien høyere kvalitet målt i ADL funksjon og redusert behov for hjemmetjenester etter endt behandling. Prosjekt Innovativ rehabilitering anbefaler i rapporten en tilsvarende tjeneste i Indre Østfold. Når de dedikerte sengene for rehabilitering åpner ved Helsehuset, vil det være avgjørende med oppfølging for å sikre at de gevinstene som er beskrevet i studien kan tas ut.



## Eksempel på kost/nytte for hverdagsrehabilitering

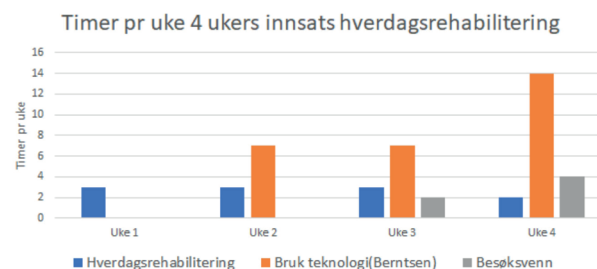
Figuren til høyre viser et konkret rehabiliteringsforløp der HVR innsats over en periode på 4 uker førte til en reduksjon av hjemmetjeneste, økt egenaktivitet ved bruk av teknologi og besøksvenn fra frivilligheten.

## Tiltak hverdagsrehabilitering

Organisert turvenn via frivillighet

Berntsen:

- Trening en gang pr dag
- Videosamtale med familien



Forløp 11 timer hverdagsrehabilitering + Berntsen teknologi

Figur 11. Kost/nytte for hverdagsrehabilitering

## Kost/nytte

Reduksjon på ett besøk pr dag fra hjemmetjenesten (1/2 time)  
98.280kr pr år

HVR team: 11 timer +  
lisens Berntsen = 14.075

Besparelse år 1:  
84.205



### Kost/nytte i et personperspektiv

Personperspektivet er ikke enkelt å måle i tradisjonell kost/nytte. Likevel er det viktig for oss å presisere at systematisk arbeid i samhandling med personene for at de kan ta eierskap til egen rehabiliteringsprosess, øke egenaktivitet og styrke egen motivasjon gir stor gevinst. Effekten av personperspektivet kan bidra til økt funksjon, livskvalitet og sosial deltagelse. TVT har mange erfaringer med personer som gir tilbakemelding på at de blir sett og hørt på en måte de ikke tidligere har opplevd. «Noen som er interessert i meg, og som har troen på at jeg kan klare noe» «Godt at noen lytter, og at ikke avgjørelser blir tatt over hode på meg».

# VURDERING AV EGEN MÅLOPPNÅELSE

---

**De kommunale rehabiliteringstjenestene er siden oppstart av prosjektet i 2016 styrket både på tjeneste og brukernivå. Samfunnsbasert rehabilitering har bidratt til en helhetlig tilnærming og vektlegger person- og samfunnspektivet. Personperspektivet som grunnverdi har økt brukermedvirkningen, gitt mer personsentrerte mål og tiltak samt bidratt til økt deltagelse i personens egen rehabiliteringsprosess.**

Tverrfaglig vurderingsteam sikrer at mer tverrfaglig rehabilitering kan skje i hjemmet med høy intensitet.

Teamet sikrer koordinering og bidrar til gode overganger i forløpet. De kobler på relevante aktører fra helsetjeneste og lokalsamfunnet, og bidrar til å understøtte mestring og deltagelse. Logoped, jobbspesialist, tjenester for psykisk helse og rus, ernæringsfysiolog og ressurser i lokalsamfunnet, er eksempler på aktører vi nå kan sikre i forløp. Samhandling med fastlegen er styrket.

Den dynamiske arbeidsmodellen til teamet sikrer rett kompetanse og koordinering av forløpet ut fra personens behov og mål. Personer med behov for langvarige og

koordinerte tjenester sikres nå koordinert og individuell plan.

Målinger viser at funksjonen holder seg etter retest ved 3 og 6 måneder etter avsluttet forløp. Tendensene viser det samme for dem som er testet etter 18 måneder.

Hverdagsrehabilitering er etablert og utprøvingen fortsetter. Ressurser i lokalsamfunnet blir koblet på og teknologi blir benyttet.

Teamene sin rolle opp mot eksisterende tjenester er godt definert. De har felles teamkoordinator som deltar på ukentlig møteplass med koordinering og inntak og inn-taksmøte i enhet Rehabilitering, læring og friskliv.

Teknologi understøtter rehabiliteringen og bidrar til økt intensitet, motivasjon og økt egeninnsats.

Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og andre aktører har økt. Kompetanse på rehabilitering er styrket. Kunnskapsbaserte tiltak er implementert.

Senger for intensiv for rehabilitering etableres i juni 2021, og dagtilbudet videreføres. Det er etablert møteplasser våren 2021 som skal fortsette å styrke og utvikle tverrfaglig samhandling og avklare roller mellom de ulike kommunale rehabiliteringstjenestene. Dag-, læring- og mestringstilbudet gir nå tjenester til grupper som tidligere ikke hadde tilfredsstillende tilbud, som for eksempel personer med langvarig smerte.

Alt dette bidrar til sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp. Kommunen kan med dette ta økt ansvar for rehabilitering og mer rehabilitering kan skje i hjemmet. Tjenesten styrker personers mulighet til å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske og/eller psykiske mestringsevne. Kost- nytte analyser viser at den samlede tjenesten bidrar til å forebygge og utsette behovet for kompenserende tjenester.

# REFLEKSJONER ETTER 5 ÅRS UTVIKLINGSARBEID


---

**Prosjektet startet tidlig med en bred forankring og brukte mye ressurser på interessenter og samarbeidspartnere. Fokus på implementering av prosjekttiltakene fra start har understøttet prosessen. Etableringen av arbeidsmodellen Samfunnsbasert rehabilitering ga oss et utgangspunkt for en systematisk styrking av tjenesten. Innovasjon ble en grunnmur i prosjektet og har tillatt oss å kunne prøve ut nye måter å gi tjenester på.**

Teknologi relevant for rehabilitering var ukjent for oss, men vi har prøvd ut, justert og etter hvert implementert teknologi som har gitt verdi på bruker- og tjenestenivå. Uten tett samhandling og samarbeid med fagmiljøer nasjonalt og lokalt, brukerorganisasjoner, brukere og spesialisthelsetjenesten og fag-/interesseorganisasjoner hadde vi ikke klart å nå prosjektets målsetninger.

Det har vært krevende å utvikle tjenester som startet med å være interkommunale for 7 kommuner, til å bli en del av tjenestene i nye Indre Østfold kommune. Koronapandemien har også bidratt til at prosjektåret 2020 har vært utfordrende, planlagte prosjektaktiviteter har blitt utsatt eller avlyst.

En stor takk til alle som har hatt engasjementsstillinger i prosjektet, fagpersoner i helsetjenestene i Indre Østfold, brukere, politikere, administrasjonen, følgeforskere og interesseorganisasjoner. Takk til ansatte i prosjektstaben og i enheten som har vært med siden starten og bidratt til sluttresultatet.

A photograph of a gravel road winding through a rural landscape. The road is on the left, leading towards the horizon. To the right of the road is a field of tall grass and corn. In the distance, there are some buildings and a utility pole. The sky is clear and blue.

## Veien videre

**Rehabilitering er en forutsetning for at personer skal kunne forbedre sitt funksjonsnivå etter sykdom eller skade.**

Rehabilitering bidrar til mestring og deltagelse, at kompensierende tjenester utsettes og at personer kan bo i eget hjem. Vi vil jobbe for etableringen av et Nasjonalt utviklingscenter for rehabilitering som kan bistå kommune- og spesialisthelsetjenesten med kunnskapsbaserte metoder og behandling.

Vi kommer til å fortsette å jobbe for en styrket samhandling med spesialisthelsetjenesten. Selv om vi i dag har en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold kommune, er det behov for videre utvikling og riktig dimensjonering av tjenesten.

# RAPPORTER FRA PROSJEKTET OG KILDEHENVISNINGER

## Rapporter fra prosjektaktivitet og følgeforskning 2016-2020

### Rapporter fra tidligere prosjekter i kronologisk rekkefølge:

- [Prosjektrapport - Forslag til handlingsplan 2017-2020](#)
- [Senger for intensiv rehabilitering SIR 2017](#)
- [Tverrfaglig vurderingsteam TVT 2017](#)
- [Evaluering - Pilot - Tverrfaglig vurderingsteam 2018](#)
- [Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess 2018](#)
- [Helhetlig forløp-Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp 2019](#)
- [Ivaretagelse av ernærings situasjonen i et rehabiliteringsforløp 2019](#)
- [Utpøving av senger for intensiv rehabilitering 2020](#)
- [Hverdagsrehabilitering 2020](#)
- [Brosjyre personperspektivet 2019](#)

### Rapporter fra følgeforskning i kronologisk rekkefølge:

- [Følgeforskning - delrapport 1 – Eide et al. 2017](#)
- [Følgeforskning - delrapport 2 – Fuglerud et al. 2018](#)
- [Følgeforskning - delrapport 3 – Fuglerud et al. 2019](#)
- [Følgeforskning – delrapport 4 – Fuglerud et al. 2020](#)

Du finner rapportene samlet ved å gå inn på Indre Østfold kommunes hjemmeside:

<https://www.io.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/aktivitet-og-rehabilitering/rehabilitering/innovativ-rehabilitering/>

## Kildehenvisninger

**Foruten prosjektets rapporter inklusive følgeevalueringer som også gir en rekke referanser, oppgir vi her noen sentrale referanser i prosjektet:**

Helse og omsorgsdepartementet, forskrift 2011-12-16-1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Helse og omsorgsdepartementet, Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Meld.St.26 (2014-2015).

Helse- og omsorgsdepartementet, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, Helse- og omsorgsdepartementet (2017–2019), Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017).

Helse og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S HOD (2016-2017) (2017-2018) (2018-2019) (2019-2020), regjeringen.no

Helsedirektoratet (2015/2018), Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Intensiv gangtrening, Sunnaas sykehus, Regional kompetansetjeneste for rehabilitering, 2018,  
[\*Intensiv trening og rehabilitering ved hjerneslag\*](#)

Individuell jobbstøtte – IPS, Jobbspesialist, NAV.no,  
[\*Oppfølging og tiltak for å komme i jobb/psykiske helseproblemer/individuell jobbstøtte IPS\*](#)

Johansen Inger, Faculty of Medicine, UiO 2013. Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study.





INDRE ØSTFOLD  
KOMMUNE

[www.io.kommune.no](http://www.io.kommune.no)