

«Rehabilitering fra start til mål»

SLUTTRAPPORT 2019



Prosjektet er ledet av Utviklingssentret for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold i samarbeid med Eidsberg kommune og Virtuell avdeling og Prosjekt Innovativ rehabilitering ved Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter.



Eidsberg kommune



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Østfold



HELSEHUSET
INDRE ØSTFOLD MEDISINSKE KOMPETANSESENTER KS



Dette prosjektet har med utgangspunkt i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019) og opptrappingmidler fra Fylkesmannen i Oslo og Viken, gitt et bidrag til å styrke kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet er ledet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold i et samarbeid med Eidsberg kommune, nye Indre Østfold kommune og Helsehuset i Indre Østfold.

Kontaktinformasjon

Prosjektleder: Annette Bjerkenes, USHT Østfold

annette.bjerkenes@io.kommune.no

Prosjektmedarbeider: Wenche Elisabeth Hammer, USHT Østfold

wenche.hammer@io.kommune.no

Prosjektmedarbeider: Dagmar Moseby, USHT Østfold

dagmar.moseby@io.kommune.no



Annette Bjerkenes



Wenche Elisabeth Hammer



Dagmar Moseby

Tusen takk!

Vi ønsker å rette en takk til Fylkesmannen i Oslo og Viken for tildeling av midler til styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene, slik at prosjektarbeidet kunne realiseres.

Prosjektgruppen vil i tillegg takke alle samarbeidspartnere for godt samarbeid og deltakelse i utviklingsarbeidet. Våre samarbeidspartnere i prosjektet har vært Helsehusets døgnenhet, prosjektgruppen for «Det gode pasientforløp» i Indre Østfold, Brukerrådet til «Prosjektet Innovativ Rehabilitering», samt Trøgstad og Eidsberg kommune.



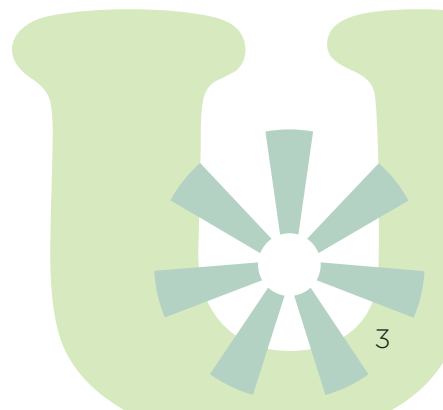
Eidsberg kommune



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold



HELSEHUSET
INDRE ØSTFOLD MEDISINSKE KOMPETANSESENTER IKS



INNHold

Abstrakt	5	Gjennomføring	17
Innledning	6	Utvikling av funksjonsvurderingsverktøy (FVV)	17
Bakgrunn	6	Første utkast av FVV	17
Virtuell avdeling	6	Personens mål og motivasjon	18
Prosjekt Innovativ Rehabilitering	7	Videre utvikling av funksjonsvurderingsskjemaet	18
Indre Østfold kommune	8	Tilbakemeldinger fra brukerrådet	21
Nasjonale føringer	8	Vurdering av rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensiale	22
Prosjektorganisering	10	Småskالاتest Helsehuset	23
Styringsgruppe	10	Hvordan vurdere behov for tiltak?	25
Prosjektgruppe	10	Tverrfaglig vurderingsteam	26
Arbeidsgruppe	10	Virtuell avdeling (VA)	26
Kompetansegruppe - funksjonsvurderingsskjemaet	10	Rehabilitering i institusjon i kommunen	27
Mål	11	Rehabilitering i hjemmet - Hverdagsrehabilitering / hverdagsmestring	21
Metode	12	Vurdering av behov ved småskالاتest	27
Samarbeid med andre prosjekter	12	Læringsnettverk Det gode pasientforløp i Indre Østfold	28
Begrepsavklaring	13	Tilbakemeldinger fra småskالاتest i kommunen	29
Skrøpeligheit	13	Behov for kompetanse	30
Funksjonsvurdering	13	Kompetansehevedende tiltak	31
Tverrfaglig samarbeid	14	Koordinerende enhet, koordinator og Individuell plan	32
Vurdering av potensiale for rehabilitering	14	Oppsummering og anbefalinger	33
Bruk av objektiv og/eller subjektiv vurdering av personens funksjon	14	Endnotes	34
Funksjonstap	14	Funksjonsvurderingsverktøy	38
Validerte verktøy til funksjonsvurdering	15		

ABSTRAKT

Prosjektets mandat har vært å styrke rehabiliteringstjenesten i Indre Østfold kommune. Prosjektet har satt sammen et funksjonsvurderingsverktøy som har til hensikt å identifisere den enkeltes behov for rehabilitering så tidlig som mulig i et pasientforløp. Verktøyet kan benyttes uavhengig av profesjonskompetanse og er spesielt egnet ved overganger mellom tjenestenivåer og før tildeling av kommunale tjenester. Dette vil bidra til å identifisere den enkeltes behov for rehabilitering så tidlig som mulig i et pasientforløp. Verktøyet tar utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis, og må ses som sentralt nybrottsarbeid, spesielt fordi sammensetningen i verktøyet bidrar til å avklare dimensjoner om personens funksjonstap, motivasjon, vilje og mulighet til endring av eget funksjonsnivå.

Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Eidsberg kommune og Virtuell avdeling, Utviklingssenteret i Østfold og Prosjekt Innovativ rehabilitering ved Helsethuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter.



INNLEDNING

Hovedmålet med prosjektet har vært å styrke rehabiliteringstjenesten for helse- og omsorgstjenesten i Indre Østfold kommune. Søknaden ble gjort i samhandling med Eidsberg kommune og tidligere Virtuell avdeling¹, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter og pågående prosjekt Innovativ rehabilitering². Fokuset har vært å utforme et profesjonsuavhengig funksjonsvurderingsverktøy (FVV) hvor hensikten er å identifisere den enkelte persons **behov og potensiale for rehabilitering** så tidlig som mulig i et pasientforløp.

Bakgrunn

Med bakgrunn i Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)³ søkte Utviklingssenter for Sykehjem og Hjemmetjenester (USHT) i Østfold opptrappingsmidler hos Fylkesmannen i 2018. Opptrappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid kan overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene.

Flere lokale faktorer ga også føringer for søknaden. Prosjekt Innovativ Rehabilitering utførte i 2016 en større kartlegging av rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold. Rapporten viste at få ansatte (14 av 95 respondenter) hadde rutiner for å spørre og gjøre en vurdering om personen hadde behov for rehabilitering. Det er derfor grunnlag for å tro at behovet for rehabilitering ikke blir systematisk vurdert og at mange ikke får den rehabiliteringen de har krav på. Likeså viste erfaringer fra pilotprosjekt Virtuell avdeling (2014-2016) i Eidsberg kommune at rehabilitering ikke ble systematisk vurdert ved utskrivelse fra sykehus/Helsehus, og at en tverrfaglig vurdering av personens behov uteble.

En av intensjonene med prosjektet var å sikre et felles utgangspunkt for vurdering av behov for rehabilitering i Indre Østfold kommune og bygge videre på erfaringer fra Virtuell avdeling og Prosjekt Innovativ Rehabilitering.

Virtuell avdeling

I 2014 ble prosjekt Virtuell avdeling (VA) etablert i Eidsberg kommune for å sikre en trygg overgang fra sykehus/helsehus til eget hjem for multisyke eldre personer. VA er ingen fysisk avdeling, men en måte å organisere tjenesten på. Tilnærmingen i VA bestod av en omfattende, tverrfaglig og systematisk klinisk undersøkelse, vurdering og oppfølging av utskrivningsklare pasienter fra Helsehus og sykehus som hadde behov for hjemmesykepleie etter hjemkomst. Kartleggingen ble gjort av en avansert klinisk geriatrisk sykepleier (AGS) og en fysioterapeut. Det var også

tilknyttet en lege som medisinskfaglig rådgiver opp mot prosjektet. Erfaringer fra VA viste at personene og deres pårørende opplevde stor grad av trygghet etter hjemkomst til tross for alvorlig sykdom. Under prosjektet ble heller ingen re-innlagt i sykehus. Ved utskrivelse fra sykehus og Helsehus viste det seg at få personer ble henvist til rehabilitering til tross for nyoppstått funksjonstap. Funksjonsvurderinger i sykehus og Helsehus ble gjort ut fra en status på generell funksjon ut og ut fra grunnleggende behov.

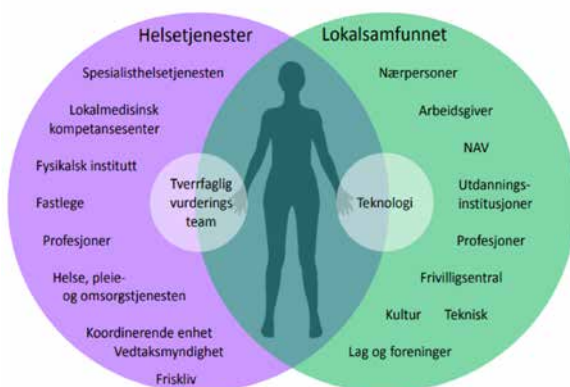
VA er gjort kjent i Meld. St. 26 (2014-2015)⁴. Organisering av tjenester gjennom VA og bruk av tverrfaglig kompetanse for multisyke skrøpelige eldre videreføres som satsningsområde i USHT Østfold og Indre Østfold kommune.

Prosjekt Innovativ Rehabilitering

Prosjekt Innovativ rehabilitering er et stort pågående prosjekt i Indre Østfold. Prosjektet ble igangsatt høsten 2016 for å styrke det kommunale rehabiliteringstilbudet i regionen gjennom interkommunale løsninger. Prosjektet har årlig mottatt 5 millioner over statsbudsjettet siden 2016, og de siste årene har også Helsehusets eierkommuner bidratt med betydelig medfinansiering og egeninnsats. Høsten 2017 startet Innovativ rehabilitering opp tverrfaglig vurderingsteam (TVT) med personrettet virksomhet, og i 2019 ble det startet opp en utprøving med senger for intensiv rehabilitering, samt dagtilbud.

Hovedoppgavene til teamet er å gjøre en tidlig tverrfaglig funksjonsvurdering, koordinering og igangsetting av intensiv rehabilitering – uavhengig av hvor personen befinner seg. Prosjektet utprøver og implementerer teknologi relevant for rehabilitering. Den samfunnsbaserte rehabiliteringsmodellen (se bilde under) står sentralt, og er en systemmodell som viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet⁵

Samfunnsbasert rehabilitering



Bildet ovenfor viser aktuelle dimensjoner og mulige aktører i et rehabiliteringsperspektiv.

Indre Østfold kommune

Fra 2020 vil Indre Østfold kommune etableres hvor kommunene Askim, Eidsberg, Trøgstad, Spydeberg og Hobøl slås sammen.

Prosjekt «Innovativ rehabilitering» (2016) viste i sin rapport at tilbud om rehabilitering blir løst forskjellig i de respektive kommunene. Rapporten avdekket etterspørsel og behov for mer forståelse og breddekompetanse om rehabilitering. Følgende utfordringer ble nevnt ved dagens rehabiliteringstilbud:

- Forankring av rehabiliteringsfeltet i kommunen
- Kompetanse og kommunikasjon
- Ressurser, tid og kapasitet
- Organisering, samarbeid og samhandling mellom nivåene

Nasjonale føringer

Ved utforming av prosjektets mål har nasjonale føringer for rehabiliteringsfeltet vært av vesentlig betydning.

I 2018 ble definisjonen av rehabilitering endret der personens livssituasjon, mål og egeninnsats er vesentlig. Samarbeid mellom personen selv, dens pårørende og tjenesteytere poengteres. Rehabiliteringen skal ikke være tidsavgrenset slik det var tidligere. Den nye definisjonen av Rehabilitering lyder som følger:

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjons- evne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestrings- evne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.» ⁶

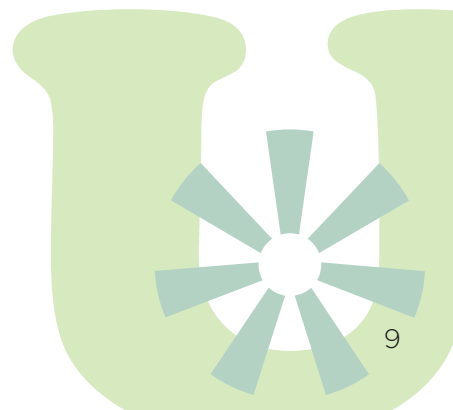
Endringen i definisjonen har gjort at arbeidsgruppen har valgt å sette fokus på personens opplevde livssituasjon, mål og motivasjon for forbedring av funksjon som viktige faktorer i utarbeidelsen av FVV.

Likeså vektlegges det at helsepersonell i kommunen kan melde mulige rehabiliteringsbehov tidlig i et pasientforløp. Dette innebærer at helsepersonell må lære seg å stille spørsmålet “Trenger denne personen rehabilitering?” Spørsmålet må stilles ved utskriving fra sykehus, ved konsultasjoner hos fastlegen, ved sykmelding og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter personer som har redusert funksjons- og mestringsevne⁷.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler i Rundskriv I-5/2017⁸ at kommunene skal utrede rehabiliteringsbehovet og rehabiliteringspotensialet før det settes inn kompenserende tiltak. Veileder for habilitering og rehabilitering etterlyser tydeligere føringer for hvordan koordinerende enhet, koordinator og Individuell plan skal organiseres. I Veilederen for personer med store og sammensatte behov⁹ refereres det til mangel på systematisk tverrfaglig samarbeid som kartlegger personens behandlingsbehov og behov for et koordinert tjenestetilbud.

Samhandlingsreformen¹⁰, Fremtidens primærhelse¹¹ og Opptreppingsplanen for habilitering og rehabilitering beskriver at kommunene vil ha behov for økte ressurser, kompetanse og kapasitet grunnet stadig flere personer med sammensatt og komplisert sykdomsbilde som skal behandles i kommunehelsetjenesten. Dette vil stille krav til tverrfaglig samarbeid mellom yrkesgrupper og mellom ulike tjenestenivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Reformen Leve Hele Livet¹² oppsummerer utfordringene vi står ovenfor når det gjelder manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging, dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer, lite bruk av fysisk aktivitet og trening, manglende bruk av nye behandlingsformer og lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte. I forslag til løsning nevnes for eksempel mer satsning på hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering og proaktive tjenester hvor en går inn på et tidlig tidspunkt før alvorlig sykdom har utviklet seg. Måltrettet fysisk trening med forebygging av fall, fysisk funksjonssvikt, kognitiv svikt og demens anbefales. Det understrekes også behov for å utvikle ansattes kompetanse i systematisk kartlegging, observasjoner og oppfølging.



PROSJEKTORGANISERING

Planlegging og organisering av prosjektets mål og tiltak ble startet opp oktober 2018.

Styringsgruppe

- Dag Asbjørn Fosser - Virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester Eidsberg
- Jan Erik Eide - Virksomhetsleder Edwin Ruud omsorgssenter
- Kristian Devold - Virksomhetsleder Helsehuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter
- Wenche Charlotte Hansen - Leder USHT Østfold
- Kari Anne Dehli - Prosjektleder Innovativ Rehabilitering
- Espen Storeheier - Fagansvarlig lege Helsehuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter
- Alf Johnsen - Kommuneoverlege Askim
- Åsmund Kobbervik - representant fra Indre Østfold kommune

Prosjektgruppe

- Annette Bjerkenes - Prosjektleder, Intensivsykepleier, USHT Østfold
- Wenche Elisabeth Hammer - Avansert geriatrisk sykepleier, USHT Østfold
- Dagmar Moseby - Fysioterapeut, Spesialist i onkologisk fysioterapi, USHT Østfold
- Carina Kolnes - Prosjektmedarbeider/teamleder og ergoterapeut i TVT, Innovativ rehabilitering, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter
- Linda Øverland - Teamleder, døgnetenheten, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter

Arbeidsgruppe

- Annette Bjerkenes, 50 % stilling
- Wenche Elisabeth Hammer, 100 % stilling
- Dagmar Moseby, 50 % stilling

Kompetansegruppe - funksjonsvurderingsskjemaet

- Tone Authen - ergoterapeut i TVT, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter
- Joran Aanonsen - sykepleier i TVT, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter
- Lars Fredrik Martinsen - fysioterapeut i TVT, Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter

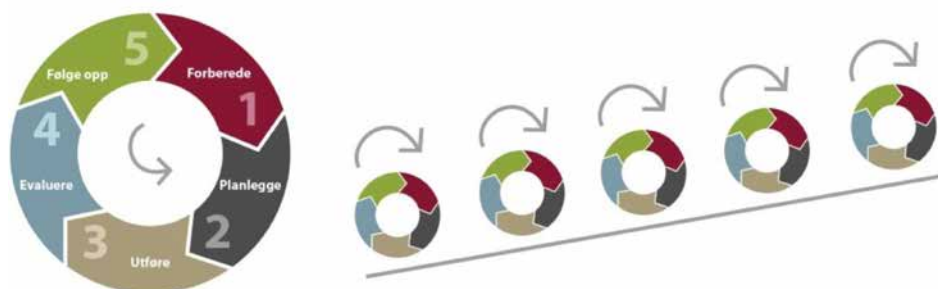
MÅL

Følgende mål ble definert for å styrke rehabiliteringsfokuset i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Hovedmål	Styrke rehabiliteringstjenesten i den helhetlige helse, sosial- og omsorgstjenesten i Indre Østfold kommune
Delmål 1	Utvikle et bærekraftig og profesjonsuavhengig verktøy som sikrer en helhetlig kartlegging og vurdering av rehabiliteringspotensialet
Delmål 2	Sikre at rehabiliteringspotensialet blir vurdert hos alle nye personer som kommer i kontakt med kommunens helse- og omsorgstjenester og ved overganger mellom tjenestenivåer
Delmål 3	Sikre at helsepersonell får tilbud om kompetansehevende tiltak i vurdering av behov for rehabilitering
Delmål 4	Legge til rette for et fremtidig individuelt tilpasset rehabiliteringsforløp i nye Indre Østfold kommune
Delmål 5	Sikre brukermedvirkning
Delmål 6	Ivareta innbyggernes rett til individuell plan og koordinator
Delmål 7	Synliggjøre behov for nødvendig kompetanse hos helsepersonell for å kunne ivareta personene på ulike rehabiliteringsnivå i nye Indre Østfold kommune
Delmål 8	Sikre nasjonal overføringsverdi og spredningsarbeid
Delmål 9	Bidra til at nye Indre Østfold kommune skal kunne overta flere oppgaver og ansvar fra spesialisthelse-tjenesten

METODE

Metoden i prosjektet bygger på bruk av forbedringsarbeid med aksjonsmetodikk og småskalatesting. Modellen¹³ er en anerkjent metode som bidrar til å sikre systematisk og strukturerte prosesser i forbedringsarbeidet. Forbedringsmodellen synliggjør de ulike fasene i prosjektet: forberede, planlegge, utføre, evaluere, følge opp (se bilde). Metodikken har vært retningsgivende i arbeidet med utvikling av FVV. Arbeidsgruppen har testet, evaluert og korrigert verktøyet kontinuerlig i prosjektperioden. Vi har prøvd ut målene iht. metoden ved å bruke småskalatesting. Det vil si at vi startet med å teste ut et lite omfang for så å øke omfanget av uttestingen. Vi har hele veien evaluert og korrigert for å sikre at vi når definerte mål i prosjektet.



Bilde. Modell for kvalitetsforbedring er inndelt i ulike faser som bygger på hverandre (småskalatesting) (helsebiblioteket.no).

Samarbeid med andre prosjekter

Samtidig med prosjektet pågår også et læringsnettverk for «Det gode pasientforløp for eldre og kronisk syke» i Østfold. Læringsnettverket arrangeres av Kommunenes sentralforbund (KS) og Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med USHT Østfold. Arbeidsgruppen inngikk et samarbeid med prosjektgruppen fra Indre Østfold som deltar i læringsnettverket for å sikre at funksjonsvurdering med tanke på å avklare behovet for rehabilitering kommer tidlig inn i ethvert pasientforløp.

Prosjektet bygger på faglige avgjørelser basert på kunnskapsbasert praksis (KBP) relatert til rehabilitering. KBP er forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskaper og behov som kan bedre kvalitet på våre tjenester. Erfaringer fra Virtuell avdeling, Tverrfaglig vurderingsteam og andre lignende prosjekter i Norge har vært et viktig bidrag inn i dette rehabiliteringsprosjektet. Vi har for eksempel sett på hvordan at Helse Bergen har utarbeidet et skjema¹⁴ som benyttes ved søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester der man i tillegg til kartlegging av ADL funksjon vurderer forventet bedring av funksjonsnivå. Skjemaet inneholder også en vurdering av helsepersonell med anbefaling om hvilken type rehabilitering som passer best for personen.

Prosjektet Innovativ rehabilitering har etablert en referansegruppe for brukerråd som også har gitt innspill til vårt arbeid.

I USHT Vest-Agder pågår et betydelig prosjektarbeid innen rehabiliteringstjenestene i Kristiansand kommune¹⁵. Prosjektet har fokus på kompetanseheving, brukeren i sentrum i egen rehabiliteringsprosess, involvering av pårørende og nettverk i tillegg til tjenesteutvikling. Arbeidsgruppen fikk hospitere her og innhente nyttig kunnskap og erfaring til vårt prosjektarbeid.

Begrepsavklaring

Skrøpелighet

Skrøpелighet kan defineres som en reduksjon i reservekapasitet som gjør pasienten sårbar for negative hendelser som for eksempel død, sykehusinnleggelse og tap av funksjon. Skrøpелighet henger sammen med høy alder og sykdomsbyrde, men ansees å være et eget fenomen. Pasientens funksjonsnivå står sentralt i vurderingen av skrøpелighet. Litteraturen henviser til to måter å definere skrøpелigheten på:

Den ene tilnærmingen baseres på en geriatrisk vurdering, og klassifiserer pasienter som økende skrøpelige jo flere helseproblemer vedkommende har. En geriatrisk vurdering ser på funksjonsnivå, komorbiditet, polyfarmasi, ernæringsstatus, emosjonell funksjon, kognitiv funksjon og sosialt nettverk.

Den andre hovedtilnærmingen til skrøpелighet er basert på pasientens fysiske funksjon (Frieds frailty-kriterier). Denne klassifiseringen brukes mest innen forskning. En pasient er skrøpelig dersom vedkommende oppfyller minst tre av følgende fem kriterier: Vekttap, redusert muskelkraft, lavt aktivitetsnivå, langsom ganghastighet og utmattelse. Verken komorbiditet eller kognitiv funksjon er inkludert i denne klassifikasjonen, der sarkopeni (tap av muskelmasse) står sentralt¹⁶.

Funksjonsvurdering

Funksjonsvurderinger kan være rettet mot forskjellige funksjonsområder og være mer eller mindre omfattende. Funksjonsvurdering kan defineres som «en metode for evaluering av et individs fysiske, psykiske og sosiale evner i relasjon til bestemte situasjoner»¹⁷. I dette prosjektet er målet å utarbeide et verktøy som inneholder de nødvendige funksjonsvurderingene for å identifisere en persons behov og potensiale for rehabilitering. Dette blir nærmere beskrevet i avsnittet «Vurdering av potensiale for rehabilitering».

Tverrfaglig samarbeid

Når vi bruker begrepet tverrfaglig samarbeid i rehabilitering¹⁸ handler det om hvordan flere yrkesgrupper samarbeider for å ivareta utfordringer til personens beste. Det fordrer et godt samspill hvor man må kjenne til og respektere hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Det stiller krav om dialog og interaktiv involvering av faggruppene imellom, men også med personen selv. Dette er særlig viktig der personen har flere og gjerne komplekse utfordringer i forhold til helsesituasjon og funksjonsevne. I tverrfaglig samarbeid er hver part som samhandler like viktig ut fra sin kompetanse.



Vurdering av potensiale for rehabilitering

Arbeidsgruppen ble raskt enige om at kartlegging av funksjonstap, personens endringsvilje/mulighet og hans/hennes motivasjon var viktige elementer for å kunne vurdere personens rehabiliteringspotensiale. Dette er i overensstemmelse med e-læringsprogrammet «Behov for rehabilitering?» som er utviklet av Sunnaas Sykehus HF¹⁹. Vurdering av sykdom, deres behandling og prognose er også viktig i en samlet vurdering av personens rehabiliteringspotensial.

Bruk av objektiv og/eller subjektiv vurdering av personens funksjon

En objektiv måling skal være standardisert og generaliserbar, dvs. skal gi samme resultat uavhengig av hvem som gjennomfører målingen. Ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy er det viktig å være godt kjent med selve bruken av verktøyet for å sikre så like resultater som mulig.

En subjektiv måling tar utgangspunkt i personens selvrapporterte opplevelse og vurdering av egen funksjon og gir dermed individuelle og personlige resultater. Her kan det diskuteres om personen gir en realistisk vurdering av sin helsetilstand.

Funksjonstap

Et funksjonstap kan være nyoppstått eller en gradvis forverring av eksisterende funksjonstap. Akutt funksjonssvikt defineres som svikt i evnen til å utføre dagliglivets funksjoner som utvikler seg over kort tid – inntil 2 uker²⁰. For å kartlegge et funksjonstap er det vesentlig å vite noe om personens habituelle funksjonsnivå.

Validerte verktøy til funksjonsvurdering

Det finnes forskjellige validerte verktøy som kan bidra til å kartlegge ulike funksjonsområder, og som er mer eller mindre omfattende i tidsbruk. Flere verktøy kartlegger daglige funksjoner og aktiviteter (ADL). Disse beskrives ofte som personlige funksjoner (p-ADL) eller instrumentelle aktiviteter (i-ADL). Eksempler på p-ADL er personlig hygiene, påklledning, toalettbesøk, gangfunksjon, mens eksempler på i-ADL handler om bruk av telefon, matlaging, klesvask, alminnelig husarbeid, ansvar for egne medisiner og håndtering av egen økonomi. I tillegg til vurdering av fysisk funksjon er det ofte behov for kartlegging av kognitiv funksjon.

Eksempler på validerte og anerkjente verktøy som kartlegger p-ADL funksjon:

- Sunnaas ADL index²¹
- Katz ADL index²²
- Barthel ADL index²³
- Lawton & Brody²⁴ kartlegger både p-ADL og i-ADL.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er et verktøy som hovedsakelig kartlegger personens problemer knyttet til aktivitet og deltagelse, definert av personen selv. Verktøyet er velegnet for å sette mål for en rehabiliteringsprosess der personen selv kan gradere tilfredshet med hvordan aktiviteten utføres i dag og etterhvert synliggjøre effekt av rehabiliteringstiltak. Dette vil bidra til økt eierskap til rehabiliteringsmålene og samtidig øke motivasjon og egeninnsats.

Når det gjelder verktøy for å vurdere fysisk kraft, balanse og ganghastighet finnes det flere måter å måle dette på. Her kan for eksempel nevnes test for **gripestyrke** hvor håndstyrken måles med en kraftmåler. Den målte gripestyrken kan defineres i forhold til personens kjønn og alder som svak, normal eller sterk²⁵

Bergs balanseskala²⁶ benyttes hyppig av fysioterapeuter. Statisk og dynamisk balanse vurderes ved hjelp av 14 øvelser. Resultatet kan tolkes i forhold til personens evne til å gå uten/med hjelpemidler eller behov for rullestol.

Timed «Up & Go» (TUG)²⁷ er en screeningtest beregnet på bevegelseshemmede som gir en individuell vurdering av balanse, ganghastighet og generell funksjon. Resultatet av denne testen vurderer om personen ikke trenger eller ofte trenger personhjelp i forflytning.

Short Physical Performance Battery (SPPB)²⁸ er en objektiv screeningstest for fysisk funksjon hos eldre og består av tre deltester som statisk balanse, 4 m gange i personens vanlige tempo og 5 repetisjoner av å reise/sette seg så raskt som mulig. Oppnådd score kan tolkes som lav, middels eller høy og kan si noe om personens risiko for funksjonssvikt eller begynnende svikt i ADL-funksjoner. Verktøyet er mye brukt i klinisk praksis og forskning og anses som velegnet - både for hjemmeboende eldre og akutt syke eldre i sykehus.

Helsedirektoratet påla kommunehelsetjenesten i 2006 bruk av et register kalt IPLOS (individuell pleie- og omsorgsstatistikk)²⁹ som beskriver ressurser og bistandsbehov til de som søker eller mottar kommunale tjenester. Opplysningene er standardiserte og er en del av den elektroniske pasientjournalen. Her kartlegges p-ADL og i-ADL i form av score. Bistandsbehovet graderes fra 1 som er det laveste og indikerer at personen er selvhjulpent til 5 som betyr at vedkommende har behov for personbistand til alt. Her registreres også ernæringsstatus, behov for legemiddelgjennomgang, siste besøk hos tannlege og lege.

Kognitiv svikt kan være en usynlig funksjonshemming og kartlegging av kognitiv funksjon kan være aktuelt der man mistenker svikt i kognitive ferdigheter. Dette kan være relatert til fysisk- og eller psykisk sykdom og kan for eksempel handle om redusert hukommelse, oppmerksomhet, tempo, orientering og innlæring.

Eksempler på validerte og anerkjente verktøy som kartlegger kognitiv funksjon:

- 6-trinns kognitiv screeningstest³⁰
- Klinisk Demens Vurdering³¹ (KDV)
- 4AT³²
- Mini-Cog³¹
- Minimal Mental Status Evaluering, MMSE -NR³³

Dette er tester som på ulike måter vurderer kognitiv funksjon og mulig demens. 4AT er anbefalt ved nyoppstått akutt forvirring for å avklare mulig delir og kognitiv svikt. MMSE-NR brukes i hovedsak til kognitiv utredning og forløpskontroll ved demens, hjerneslag og andre sykdommer som påvirker kognitiv funksjon.

GJENNOMFØRING

Utvikling av funksjonsvurderingsverktøy (FVV)

Ingen av de ovenstående verktøyene kartlegger personens endringsvilje/mulighet og hans/hennes motivasjon. Det kartlegges ulike funksjonsområder, men ikke et eventuelt funksjonstap. For å kunne vurdere personens behov og potensiale for rehabilitering savnet vi et verktøy som tar opp disse dimensjonene. I rapporten til Innovativ rehabilitering påpekes også at et slikt verktøy ikke finnes i dag.

For vurdering av personens funksjonsnivå valgte vi i å ha en så bred og helhetlig tilnærming som mulig. Hensikten var å kunne fange opp mest mulig informasjon om personens helsetilstand, og hvilke fysiske og psykiske funksjonsområder som vil kunne påvirke personens rehabiliteringspotensiale.

Under uttesting av verktøyet ville vi vurdere hvilken type informasjon vi trenger for å kunne vurdere et rehabiliteringspotensial på en god måte. Funksjonsvurderingen skjedde i samarbeid med personen selv, slik at eventuelle behov for tiltak kunne bidra til å fremme forbedring og vedlikehold av funksjonsnivå og/eller forebygge funksjonsfall.

Et overordnet mål var at funksjonsvurderingsverktøyet skulle:

- kunne gjennomføres profesjonsuavhengig
- være bærekraftig, dvs. at gjennomføringen ikke krever for mye tid, samtidig som den skal være treffsikker og ha høy kvalitet
- være overførbart til andre deler av kommunale tjenester

Første utkast av FVV

Hovedinnholdet i første utkast av FVV kartla personens **selvopplevde fysiske funksjon** med utgangspunkt i **Lawton & Brody** som omfatter både p-ADL og i-ADL. I tillegg ble det spurt om personens **selvopplevde helsesituasjon** som omhandlet symptomer fra respirasjon- og sirkulasjonssystemet, ernæring, smerte, psykisk helse og søvn. Personen kunne angi gradert score i forhold til grad av selvstendighet ved fysisk funksjon og grad av symptomer ved opplevd helse som påvirket hans/hennes daglige aktivitet.

Arbeidsgruppen ønsket å spesifisere **personens faktiske funksjonstap**. Vi hadde en idé om at en tallscore kunne benyttes for å differensiere grad av funksjonstap ved å kartlegge en før- og nå-situasjon. Denne graderingen håpet vi kunne si noe i forhold til personens antatte rehabiliteringsbehov.

I tillegg til personens subjektive informasjon valgte vi å benytte **SPPB** som en **objektiv** test der fysisk funksjon kartlegges. Denne ble valgt framfor andre fysiske tester på grunn av dens brede kartlegging av både balanse, ganghastighet og styrke. I tillegg har denne testen en anerkjent tolkning der risiko for funksjonssvikt blir gradert ut fra oppnådd totalscore. Testen krever lite plass og utstyr og det trengs ikke mye opplæring av personalet som skal gjennomføre testen.

Personens mål og motivasjon

For å kartlegge personens mål og motivasjon for endring benyttet vi mestringshjulet med spørsmålet «Hva er viktig for deg?»



Personens ønsker og behov må være utgangspunktet for individuelle mål og tiltak i rehabiliteringsarbeidet. Dokumentasjon av rehabiliteringseffekt forutsetter bruk av kartleggingsmetoder og instrumenter som ivaretar brukerens prioriterte behov og mål.

Det har i flere år vært en tendens til å fokusere på hva som er personens problem og hva han/hun trenger hjelp til - en problemfokuset tilnærming, fremfor en ressursorientert tilnærming hvor en spør etter hvilke aktiviteter personen ønsker å mestre/gjenvinne funksjon i forhold til. Fokus må endres fra kompensering og hjelp til aktiv deltakelse med større vektlegging av personens helse og ressurser framfor å fokusere på sykdom og begrensninger. Et viktig element i kartlegging av personens motivasjon er derfor å ta utgangspunkt i hvilke aktiviteter som er viktigst for den enkelte ved å stille spørsmålet: «Hva er viktig for deg». Her kan personen rangere de ulike aktivitetene og samtidig gi en score på hvor vanskelig det er å utføre aktiviteten i dag. I tillegg ble opplysninger om bolig, kommunale tjenester og sosiale forhold kartlagt. Vi gikk bredt ut for å få et så godt overblikk som mulig. Resultatene skulle kunne ut i en vurdering der beskrivelse av personens rehabiliteringsbehov ble avklart.

Videre utvikling av funksjonsvurderingsskjemaet

Det unike med dette prosjektet var at arbeidsgruppen både utviklet og testet FVV i praksis gjennom småskallatesting. På denne måten fikk vi utviklet, testet, korrigert, evaluert, videreutviklet og re-testet områdene på verktøyet fortløpende. Verktøyet har gjennomgått store forandringer fra 1. til 10. utgave.

Totalt ble 53 personer forespurt om deltakelse i prosjektet hvorav 46 personer takket ja. Personer med uttalt kognitiv svikt, personer i siste palliative fase og personer som var for syke ble ikke forespurt om å delta.

Hos 44 personer ble FVV testet under deres opphold på døgnenheten på Helsehuset i Indre Østfold og hos 2 personer foregikk kartleggingen i personens hjem, kort tid etter utskrivelse.

Under uttestingen av FVV erfarte vi at det var vanskelig å benytte en tallgradering ift. før- og nå-score på fysisk funksjon og opplevd helsesituasjon.

Utfordringen lå på tre plan:

- Selve kartleggingen ble for tilfeldig, da personene hadde problemer med å bedømme sin opplevde helse- og fysisk funksjon ift. før og nå-situasjon.
- Utrekning av gjennomsnitts- og differansescoren ble for innviklet.
- En slik tenkt gradering ville trenge et betydelig større tallmateriale, og må kobles til et større prosjekt for å kunne ende opp i en validert og kvalitetssikret inndeling.

Grunnet ovenstående vurderinger frafalt vi bruk av før- og nå-score ettersom IPLOS/ADL-registrering allerede er en lovpålagt oppgave i kommunen og et kjent verktøy for helsepersonell. Samtidig gikk vi ut fra at vi på denne måten kunne oppnå en tidsbesparing med tanke på opplæring og ved bruk av FVV. Vi valgte derfor å erstatte Lawrence & Brody's p- og i-ADL med IPLOS/ADL for kartlegging av opplevd fysisk funksjon.

For å tydeliggjøre personens eventuelle funksjonstap valgte vi å utvide IPLOS/ADL med spørsmål om personen anså å ha gjennomgått en akutt endring, hva som i så fall er endret og om man kunne forvente forbedring. Vi ønsket også å synliggjøre eventuell bistand fra omsorgspersoner.

Selvrapportert del på egenopplevd helsesituasjon ble forkortet og erstattet med kartlegging av eventuelle **smarter og opplevd psykisk helse**. Det ble kartlagt i hvilken grad symptomer hindrer personen i daglige aktiviteter.

Under uttesting av verktøyet ble behovet for vurdering av **kognitiv funksjon** aktualisert. Valg av screeningstest falt på Mini-Cog³⁴ da dette verktøyet kombinerer trepunkts tilbakekalling med klokketest og ansees som en anerkjent, treffsikker og enkel gjennomførbart screeningstest. Testen benyttes ikke for diagnostisering, men kan danne grunnlag for henvisning til videre utredning. Kognitiv svikt vil i nesten enhver klinisk sammenheng påvirke et pasient-/rehabiliteringsforløp og er derfor viktig å kartlegge ved mistanke.

For å redusere tidsbruk og behov for opplæring, men allikevel sikre en validert og objektiv test i forhold til fysisk funksjon, valgte arbeidsgruppen å redusere SPPB til **kun 4 meter gangtest**³⁵.

Nyere forskning³⁶ tilsier at en 4 meter gangtest av foretrukket ganghastighet, det vil si ganghastighet i personens daglig brukte tempo, sier mye om personens generelle helsetilstand og funksjon. Det har blitt utviklet en validert tolkning av resultatet av ganghastigheten som kan være nyttig i identifisering av personer som befinner seg i risikozonen for negativ utvikling av helse og funksjon.

Arbeidsgruppen hadde allerede gjennomført SPPB hos 26 personer før vi reduserte til 4 meter gangtest. Vi sammenlignet resultatet av totalscoren av SPPB (tolkning lav/middel/høy score) med resultatet av kun gangtest (tolkning skrøpelig/begynnende funksjonssvikt/normal funksjon). Hensikten var å se om fysisk funksjonsnivå blir likt vurdert mellom de to testene, og om eventuelt noen personer ville falle utenfor ved bruk av SPPB eller kun gangtest. Det viste seg at det ikke var forskjell på 22 av de 26 testede, mens det var minimale avvik på 4 testpersoner. Hos én person falt SPPB noe bedre ut enn kun ved vurdering av ganghastighet, mens hos de 3 andre viste ganghastighet noe bedre funksjon enn ved en komplett SPPB.

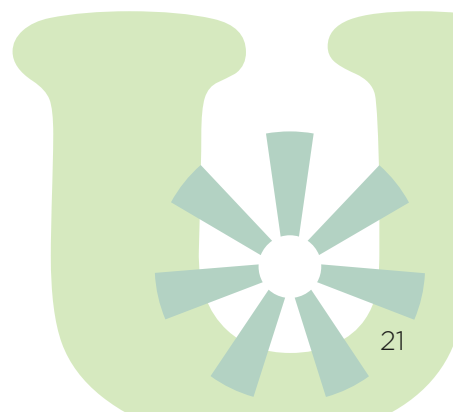
Arbeidsgruppen mener at en 4 meter-gangtest sammen med FVV vil kunne gi nok opplysninger om personens fysiske funksjon ved en førstegangsvurdering for videre utredning/rehabilitering.

Et ledd i å vurdere en persons rehabiliteringspotensial er at personen er motivert og har mål for rehabiliteringen. Som et hjelpemiddel ble mestringshjulet brukt for å lede personen inn på ulike områder for daglige aktiviteter som kunne være utgangspunkt for spørsmålet **“Hva er viktig for deg?”**. Arbeidsgruppen opplevde at testpersonene ofte syntes det var vanskelig å definere hva som var mest viktig. Vi erfarte at ved å bygge på personens selvopplevde endring i funksjonsnivå gjennom IPLOS/ADL-vurderingen ble spørsmålet «Hva er viktig for deg nå?» mer konkret og enklere å svare på. Dermed kunne personen lettere beskrive sine mål.

Tilbakemeldinger fra brukerrådet

Arbeidsgruppen har deltatt i møte med Brukerrådet for å presentere og invitere til innspill vedrørende prosjektet vårt. Dette ble et konstruktivt møte med mange gode og nyttige tilbakemeldinger som vi kunne ta med oss videre i prosjektarbeidet. Noen av tilbakemeldingene gjengis her:

- Positivt at pårørendebelastningen ble kartlagt i FVV og påpekte viktigheten av å spare pårørende slik at de ikke blir utslitt.
- Omfattende verktøy - kan bli slitsomt for personen å svare på alle spørsmålene?
- Vurdere muligheten for å dele opp kartleggingen over flere dager hos personer med komplekse behov?
- Kartlegging i akuttfasen kan være utfordrende på et tidlig tidspunkt. Personene har kanskje vært i en trygg tilværelse på sykehuset og etter hjemkomst føler de seg utrygge og er ny situasjon, samtidig som de blir bombardert med spørsmål fra helsepersonell?
- Det kan være utfordrende å definere sine behov på et tidlig tidspunkt hvis en føler at en er i en sårbar situasjon. Det de kanskje bare lurer på er: Hvem tar vare på meg?
- Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» - kan sette i gang tankeprosesser hos personen og det kan være vanskelig å svare på alt med en gang. Alle spørsmålene som blir stilt kan få personen til å reflektere over egen situasjon og kan bidra til å gjøre personen enda mer sårbar og blottlagt. Viktig at helsepersonell reflekterer over dette og følger personen tettere opp, slik at personen ikke blir sittende med disse tankene alene.



Vurdering av rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensiale

Målet med FVV er at helsepersonell tidlig skal kunne identifisere og vurdere behov for rehabilitering og tverrfaglig kartlegging. Oppsummeringen i siste del av FVV er ment som et hjelpemiddel for dette og er laget i form av et flytskjema og består av fem spørsmål (A til E) som besvares med JA eller NEI (se tabell 1).

Tabell 1:

FLYTSKJEMA FOR VURDERING AV REHABILITERINGSBEHOV



Ved «JA» ved minst ett av de 5 spørsmålene stilles ytterlige to spørsmål. Disse omhandler personens endringsvilje og personens sannsynlige mulighet for en endring.

Ved «NEI» på samtlige 5 spørsmål antas at personen ikke har behov for ytterlige vurdering eller rehabilitering på nåværende tidspunkt og oppfølgingen kan avsluttes.

Om personen ikke har endringsvilje og sannsynligheten for endring heller ikke er tilstede, antas det at personen ikke har behov for ytterlige vurdering eller rehabilitering og en videre oppfølging avsluttes.

Om personen har endringsvilje og det er mulighet for en endring, anbefales at helsepersonellet vurderer nødvendige tiltak selv eller henviser videre til en tverrfaglig vurdering.

Om personen ikke har endringsvilje, men det er en sannsynlig mulighet for endring, bør det vurderes om personen kan motiveres ved et senere tidspunkt.

Småskalatest Helsehuset

Under prosjektperioden var det planlagt en utprøving av funksjonsvurderingsskjemaet på alle inneliggende personer i en tilfeldig valgt uke for å estimere behov for rehabilitering, TVT og eller VA. I løpet av testuken var 16 personer innlagt på døgnenheten. Én person takket nei til å delta, 3 var for syke til å delta (ikke aktuelle), 2 var allerede under oppfølging av TVT. De resterende 10 personene var aktuelle for å delta i prosjektet. Hos disse varierte alderen fra 45 til 100 år, men hovedtyngden lå mellom 70-90 år.

Tabell 2:



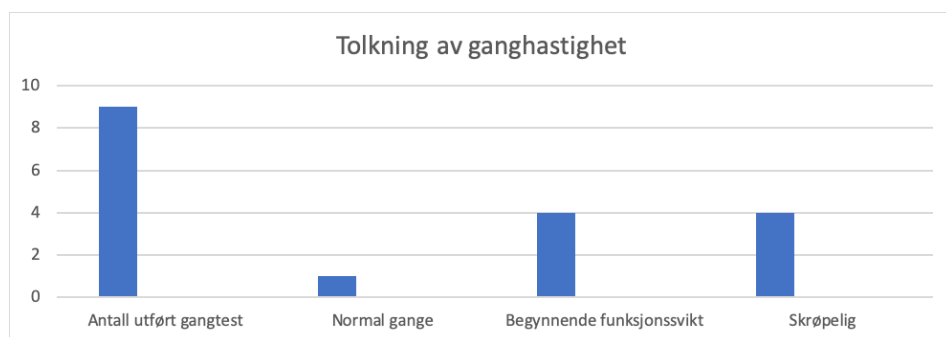
Av de 10 aktuelle personene ble 7 identifisert med et funksjonsfall, 3 hadde behov for videre utredning eller medisinsk behandling før de var mottakelige for igangsetting av rehabilitering. Ti personer hadde behov for forskjellige tiltak som spesifiseres nedenfor.

Av personene som hadde et akutt funksjonstap, var dette i hovedsak relatert til forverring av allerede eksisterende sykdom eller tilleggsproblematikk som smerter, fall og redusert almenntilstand. Funksjonstapet kunne være relatert til redusert fysisk kapasitet grunnet smerter eller pust, lite energi, svimmelhet og generelt redusert almenntilstand. Felles for de fleste av personene var at de var multimorbide og hadde behov for bistand i ADL-aktivitet i hjemmet. Funksjonssvikten handlet i hovedsak om endring i funksjon relatert til ulike ADL-aktiviteter som personlig hy-

giene, toalettbesøk, husarbeid og skaffe seg varer og tjenester. Det kom også frem at flere hadde behov for bistand for å komme seg tilbake til tidligere funksjonsnivå. Flere opplevde det vanskelig å angi tydelige mål for hva som var viktig for den enkelte. Ønsker som “å komme seg hjem og ta tiden til hjelp” eller «får ta en dag av gangen» var ofte uttrykt. Noen hadde konkrete ønsker om å kunne delta i sosiale arrangement igjen, bli selvstendig i ADL aktiviteter osv.

Når vi ser på ganghastighet (jfr. Tabell 3 og 4) som en indikator på begynnende funksjonssvikt eller skrøpeligheit ser vi at 45% av de aktuelle personene kommer inn under risiko for begynnende funksjonssvikt og 45% er allerede skrøpelige. Kun 10% av de testede hadde normal ganghastighet.

Tabell 3:



Tabell 4: (Tolkning av 4 meters ganghastighet)



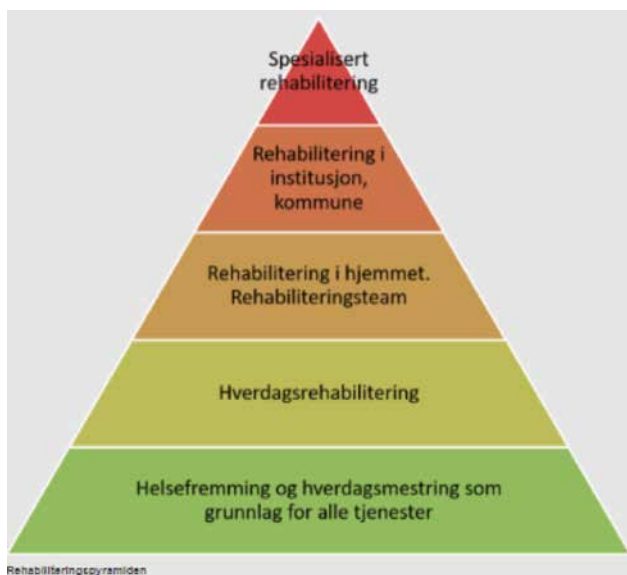
Normal ganghastighet for voksne defineres med en tid på 1,2 m/sek., for personer over 65 år er tiden 0,9 m/sek. Personer med denne ganghastigheten antas å ikke

ha økt risiko for begrensninger i ADL og mobilitet. En ganghastighet under 1,0 m/sek. kan varsle om en begynnende funksjonssvikt. Personen har som regel få andre indikatorer, derfor er tidlig identifisering viktig. Eldre med en ganghastighet på 0,6 – 0,8 m/sek er sårbare, har lite reservekapasitet og økt risiko for funksjonssvikt, sykehusinnleggelse og fall. De har stor risiko for å tape selvstendighet i daglige funksjoner, og det er mye å hente på å unngå tap av funksjon, noe som igjen vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst ved utsettelse av hjelpebehov. En forbedring på 0,1 m/sek gir 12% økt overlevelse mens en reduksjon i hastighet på mer enn 0,15 m/sek pr år er forbundet med økt fallrisiko.

Relatert til klinikk og vurdering i forhold til rehabiliteringsbehov vil en bedring på 0,1 m/sek bety effekt av tiltak, bedret helsetilstand og funksjon, mens en reduksjon på 0,1 m/sek er varsko om redusert helse, fallende funksjon og behov for utredning.

Hvordan vurdere behov for tiltak?

Siden rehabiliteringsforløpet løses ulikt i de forskjellige kommunene har vi valgt å ta utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden utarbeidet av Kristiansand kommune (se bildet under). Likeså har vi valgt å ta utgangspunkt i kriterier for tildeling av tjenestene VA og TVT. På bildet viser vi en mulig modell for å identifisere personer med ulike behov for rehabilitering og tverrfaglig vurdering.



Bildet. Rehabiliteringspyramiden, en modell som viser ulike behov og nivåer for rehabilitering og tverrfaglig vurdering (Kristiansand kommunes modell).

Tverrfaglig vurderingsteam

Kriterier for å bli henvist til TVT er i utgangspunktet ikke spesifikt formulert, fordi det er ønskelig med en lav terskel for henvisning til en tverrfaglig funksjonsvurdering. Personen må være over 18 år. TVT kan være aktuelt for personer som har fått et funksjonsfall grunnet skade eller nyoppstått sykdom – eller endringer i sykdomssituasjonen. Personer med rus -og psykiatri som hovedutfordring er ekskludert i prosjektet Innovativ Rehabilitering.

TVT har tre hovedarbeidsoppgaver:

- Tidlig tverrfaglig vurdering
- Koordinering av rehabiliteringsforløpet
- Igangsetting av tiltak

Den tverrfaglige vurderingen er utgangspunktet for koordinering og tiltak, og gjøres der personene befinner seg – uavhengig av sted. TVT mottar henvisninger fra kommunenes tildelingskontor, pårørende, NAV, spesialisthelsetjenesten og fastleger der personens behov for rehabilitering blir vurdert. Det er vesentlig at personen selv er motivert og har ønsker og behov for bistand til igangsetting av individuelle og målrettede tiltak. Teamet har en bred tilnærming og samhandler med relevante aktører i forhold til personens behov. Her kan nevnes samhandling med spesialisthelsetjenesten der det der behov for det, logopeder, arbeidsgiver og frivillighetssentral samhandling med frivillige organisasjoner og NAV. Ulike teknologiske løsninger er implementert for å understøtte rehabiliteringsforløpet.

Virtuell avdeling (VA)

Intensjonen med VA var å sikre overgang fra sykehus/helsehus for multisyke skrøpelige eldre. Eldre ble her definert som > 65 år. Multisykdom ble definert som 3 eller flere diagnoser, og det skulle være en sammenheng mellom aktive diagnoser og hvordan disse påvirker personens funksjon. Den skrøpelige eldre karakteriseres ved moderat til omfattende helse- og funksjonssvikt, og har behov for hjelp i ADL.

I VA ble det utført en omfattende kartlegging av personens aktuelle helsetilstand. Dette innebar en systematisk kartlegging av personens symptomer fra respirasjons- og sirkulasjonssystem, mage-tarm, sanser, kognitiv funksjon i tillegg til fysisk funksjon. Det var stort fokus på å kvalitetssikre legemiddelbruk og å kartlegge risiko for legemiddelrelaterte bivirkninger. Dette ble gjort i samråd med personens fastlege. Ved vurdering for behov av VA ble det sett på følgende:

- redusert ganghastighet
- kognitiv svikt
- smerte som påvirker dagliglivets aktiviteter
- psykiske plager som påvirker dagliglivets aktiviteter
- bistandsbehov i ADL

Rehabilitering i institusjon i kommunen

Passer for personer med behov for rehabiliteringstjenester der dette ikke kan ivaretas i hjemmet, personer som for eksempel har et stort hjelpebehov, behov for høy intensitet eller har medisinske komplikasjoner.

Rehabilitering i hjemmet - Hverdagsrehabilitering /hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset tjeneste, der opptrening i daglige gjøremål foregår i eget hjem og nærmiljø og ledes av et tverrfaglig team. Denne rehabiliteringsformen passer for personer med funksjonsfall og gjelder som oftest eldre personer som er motiverte for å gjøre en innsats selv. Her utarbeides mål for hva som er viktig for den enkelte å oppnå for å mestre hverdagen. Treningen vil være intensiv i begynnelsen og avta i takt med at personen gjenvinner det den har satt seg som mål. Anbefales der man har hatt et funksjonstap og har fått et økt hjelpebehov³⁷.

Hverdagsmestring er et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Å stimulere til hverdagsmestring vil være aktuelt ovenfor alle brukergrupper. På denne måten er hverdagsmestring ikke bare et rehabiliterende tankesett, men også et helsefremmende tankesett. Personens ressurser står sentralt og vektlegges fremfor problemene.

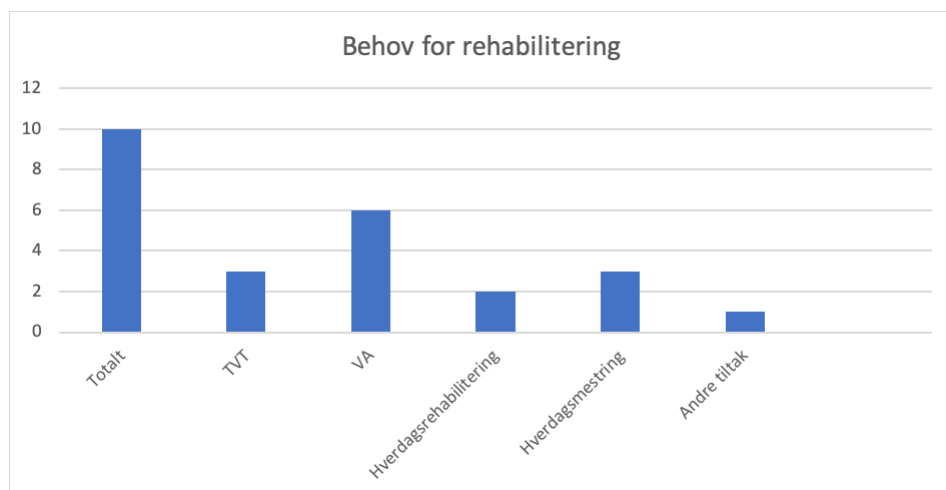


Vurdering av behov ved småskalatest

I testperioden varierte pasientgruppen både i alder, sykdom og kompleksitet. Hovedvekten av disse pasientene kan allikevel kategoriseres som «skrøpelige eldre». Pasientgruppen vi møtte under uttesting av verktøyet varierte i alder, sykdom og kompleksitet.

I tabellen under (tabell 5) fremkommer pasientgruppens overlappende behov, det vil si at flere personer kunne hadde behov for både VA og TVT samt rehabiliterende tiltak i ulike former.

Tabell 5:



Tabell 5. Behov for rehabilitering totalt, samt til spesifikke kommunale tiltak.

Læringsnettverk

Det gode pasientforløp i Indre Østfold

I 2018 inviterte USHT Østfold initiativtakerne KS og FHI til å starte læringsnettverk «Det gode pasientforløp» for kommunene i Østfold. Sykehuset Østfold deltar også som medarrangør. Målet med læringsnettverket er å sikre personens behov for helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Dette arbeidet skjer ved tett samarbeid mellom kommuner og sykehus som sammen vil utvikle gode pasientforløp, og styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene innbyggerne mottar.

Både vårt prosjekt og læringsnettverket har samme målsetting om å sikre tidlig innsats og avklaring i et pasientforløp. Vi inviterte Indre Østfolds deltakende team til et samarbeidsmøte. I samarbeid kunne vi høste kunnskap og erfaringer av hverandre, for å lage et felles sett av sjekkpunkter som kan beskrive både funksjon og rehabiliteringspotensiale.

Det ble planlagt felles uttesting og evaluering av verktøyet ute i kommunehelsetjenesten der FVV ble lagt inn som en del av et helhetlig pasientforløp. Her blir personens helsetilstand ytterligere kartlagt ved vurdering av vitale målinger, ernæring og kartlegging av sosiale ressurser. Alle områdene bør sees i sammenheng for å se personen totale ressurser og begrensninger.

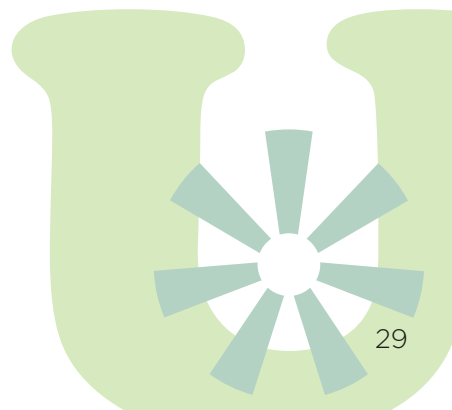
Vi henvendte oss til hjemmetjeneste og korttidsavdeling i Trøgstad kommune våren 2019 for om mulig å få til en testing av FVV juni-august. Arbeidsgruppen sammen med leder for prosjektgruppen i «det Gode pasientforløp» hadde en gjennomgang av verktøyet i samarbeid med to sykepleiere fra respektive enheter. I etterkant viste det seg at tidspunkt for utprøving ble vanskelig, da dette sammenfalt med snarlig oppstart av ferieavvikling. I tillegg var det liten utveksling av pasienter på korttidsavdelingen i denne perioden.

Fra 15. oktober 2019 til 15. desember 2019 gjentok vi forsøket med å teste FVV i hjemmesykepleien i Trøgstad kommune. Det ble utarbeidet et undervisningsopplegg, veileder for bruk av FVV (vedlegg 2) og evalueringsskjema til ansatte som deltok i utprøvingen av FVV. Undervisningen fokuserte på opplæring i bruk av verktøyet. I tillegg var brukermedvirkning, den nye rehabiliteringstanken, tverrfaglig samarbeid og koordinerende enhet, Individuell plan og koordinator temaer i undervisningen.

Tilbakemeldinger fra småskålatest i kommunen

Foreløpige tilbakemeldinger går på at enkelte opplever det som uhensiktsmessig å foreta gangtesten der det ikke ses som relevant. Forslag til forbedring var svaralternativer med JA, NEI og IKKE RELEVANT. Som eksempel her er om en pasient skal ha stomi-opplæring, da er kanskje ikke gangtest nødvendig.

Noen følte at det kunne være utfordrende å utføre gangtesten når det viste seg at personen var ukritisk til sin egen mestringsevne. Personen ville vise at de mestret mer enn de faktisk klarte og personalet var redd for at de skulle falle.



BEHOV FOR KOMPETANSE

Kompetansebehov innen fagfeltet rehabilitering vil kunne defineres på ulike plan. Det kan handle om tilgangen på fagspesifikk kompetanse med tanke på et tverrfaglig samarbeid, men også kompetanse som allerede er tilgjengelig hos helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Generelt er faggrupper som logoped, psykolog, ergoterapeut og syns- og hørselspedagog underrepresentert i flere kommuner. Helsepersonell plikter å melde fra om mulige behov for sosial, psykisk og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak.

I flere nasjonale føringer signaliseres nødvendigheten av å styrke den generelle kompetansen om habilitering og rehabilitering med fokus på mestring og brukermedvirkning. Helsepersonell som sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter trenger ytterligere kunnskap om hvordan de kan identifisere behovet for rehabilitering, vurdere et rehabiliteringspotensiale og bruk av kartleggingsmetoder for dette. Fokus må snus fra pleie og omsorg til egenmestring og aktivitet – fra problemorientert til en ressursorientert tilnærming. Hver person vil kunne ha behov for ulike tiltak og ulik fagkompetanse i sitt rehabiliteringsforløp. Samarbeid med omsorgspersoner, frivillige og organisasjoner er ofte en del av det individuelle rehabiliteringsforløpet. Det er derfor av stor betydning at kartleggingen utføres tverrfaglig for å få en så bred tilnærming som mulig.



I dette prosjektet synliggjøres behovet for nødvendig kompetanse for å kunne vurdere et eventuelt behov for rehabilitering. Motivasjonspsykolog White beskriver kompetanse som «*individets kapasitet til å mestre krav de stilles ovenfor av omgivelsene. Summen av nøkkelbegrepene kunnskap, ferdigheter og evner utgjør kompetanse*»³⁸. Like viktig er holdninger som kan være helt avgjørende om man er i stand til å være med på endringer, handle riktig, se ut over sine egne oppgaver og samhandle med andre. Helsepersonell må være kjent med bruk av egnet verktøy for en bred kartlegging av personens ressurser og begrensinger for å kunne identifisere et eventuelt funksjonstap, hans/hennes endringsmulighet og motivasjon/endringsvilje. Dette er områder som har betydning for hvorvidt personen vil kunne ha utbytte av rehabiliteringstiltak. Helsepersonell må også ha kjennskap til forhold som initierer behov for en koordinert innsats av flere faggrupper samt være kjent med de lokale rehabiliteringstilbud.

Kompetansehevende tiltak

Sunnaas sykehus har utarbeidet et e-læringsprogram med fokus på behov for rehabilitering. Programmet er tilpasset helsepersonell, pasienter og pårørende og gir en god innføring i den grunnleggende forståelsen av en rehabiliteringstankegang. Dette e-læringsprogrammet er via prosjektet «Innovativ rehabilitering» sendt ut til alle kommuner i Indre Østfold. Tverrfaglig vurderingsteam tilbyr bistand til opplæring/veiledning i kommuner som ønsker å ta dette i bruk og som ønsker kompetanseheving på rehabilitering. Per september 2019 har 2 av 7 kommuner takket ja til å gjennomføre e-læringsprogrammet med oppfølgende internundervisning på avdelingen av fagpersoner ansatt i prosjektet.

Arbeidsgruppen har inkludert rehabiliteringstankegangen fra e-læringsprogrammet i et funksjonelt verktøy der helsepersonell skal kunne identifisere behov for rehabilitering. For at resultatet av vurderingen skal bli så pålitelig som mulig er det en forutsetning at brukeren av FVV har en overordnet forståelse for bruk av verktøyet. Vedkommende bør være godt kjent med kriterier for score i IPLOS og ha fått opplæring i bruk av ganghastighetstest og Mini-Cog. Det er en fordel med kjennskap til samtaleteknikker ut fra motiverende intervju/veiledning for å kunne tydeliggjøre hva som er viktig for personen her og nå.

Arbeidsgruppen var på studiebesøk i Kristiansand kommune. USHT Vest Agder har sammen med Kristiansand kommune utarbeidet et omfattende internt undervisningsopplegg innen rehabilitering og tverrfaglig samarbeid for ansatte i helse- og omsorgstjenesten³³. Undervisningsmodulene kan brukes som utgangspunkt for å lage et internt undervisningsopplegg for Indre Østfold kommune.



KOORDINERENDE ENHET, KOORDINATOR OG INDIVIDUELL PLAN

Et av målene i prosjektet var å bidra til ivaretagelse av innbyggernes rett til individuell plan og koordinator. Denne retten er regulert gjennom «Lov om pasient- og brukerrettigheter»⁵ der personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester sikres rett til å få utarbeidet individuell plan (§ 2-5, Rett til individuell plan).

I «Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov»⁷ påpekes at stadig flere personer har komplekse utfordringer med flere sykdommer samtidig og behov for bistand fra flere sektorer og tjenestenivå. For å sikre helhetlig oppfølging blir det viktig å sørge for koordinerte og helhetlige forløp. Individuell plan og koordinator er sentralt, og ikke minst at alle tiltak skal ta utgangspunkt i personenes behov og mål.

Økt fokus på individuelt tilpassede tjenester og samhandling er sentralt. Erfaringer tilsier at akutte behov for rehabilitering prioriteres fremfor de som har langvarige behov. I kartleggingsundersøkelsen «Prosjekt Innovativ Rehabilitering»³ utførte i Indre Østfold 2016 virket «koordinerende enhet» å være et ukjent begrep (s 43).

Vi ser at FVV ikke avklarer behovet for individuell plan eller koordinator. Likevel vil systematisk bruk av verktøyet bidra til at flere personer henvises til videre tverrfaglig vurdering der nettopp behovet for koordinator og individuell plan vil synliggjøres. På den måten anser vi at prosjektet har bidratt til å ivareta innbyggernes rett til individuell plan og koordinator. Vi hadde sammen med prosjekt «Innovativ rehabilitering» håpet å få til en workshop med koordinerende enhet i kommende nye Indre Østfold kommune for fremlegg av og dialog om prosjektet. Dette ble vanskelig å gjennomføre i prosjektperioden grunnet mye arbeid ved etablering av ny kommune.



OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Det har vært en oppgaveforskyving hvor mer spesialiserte tjenester tilfaller kommunene. I tråd med nasjonale føringer og erfaringer fra Virtuell avdeling viser kartlegging utført av «Prosjektet Innovativ Rehabilitering» i Indre Østfold i 2016 at få hadde rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehov. For best mulig helsegevinst bør utredning av rehabiliteringspotensialet være på plass allerede før tildeling av tjenester.

I dette prosjektet har intensjonen vært å bidra til at helsepersonell har et funksjonelt funksjonsvurderingsverktøy som kan bidra til tidlig oppdagelse av et rehabiliteringsbehov. Det unike ved funksjonsvurderingsverktøyet er at det kan avdekke personens funksjonstap, endringsvilje og motivasjon for endring. Verktøyet anbefales å sees i sammenheng med et helhetlig pasientforløp før tildeling av kommunale tjenester, ved behov for økte tjenester eller ved overføring mellom tjenestenivåene i kommunen. På denne måten vil verktøyet kunne gi en tidlig vurdering av rehabiliteringspotensialet og indikere videre behovet for tverrfaglig vurdering. Verktøyet inneholder blant annet allerede pålagte vurderinger i form av IPLOS kartlegging – noe som gjør at verktøyet ikke bør bli ekstra tidkrevende i en travel hverdag.

Vi anbefaler at helsepersonell sikres kunnskap og forståelse for en rehabiliterende tankegang. Kunnskap om mestring og brukermedvirkning er viktig for at personene skal få en individuelt tilpasset vurdering. Å snu de ansattes holdninger fra en problemorientert tilnærming til en ressursorientert tilnærming krever opplæring. For å øke sjansene for å lykkes vil vi anbefale en systematisk igangsetting av kompetansehevende tiltak. Prosjektet ser også at lik opplæring og lik forståelse i bruk av objektive verktøy er viktig for å sikre samme resultat uavhengig av hvem som bruker funksjonsvurderingsverktøyet. Det er også av stor betydning at de ansatte har god oversikt over de ulike rehabiliteringstilbudene og gode rutiner for systematisk tverrfaglig samarbeid. Dette gjør det lettere for de ansatte å vite hvor de skal henvise personene videre og at de blir henvist til rett nivå.

Prosjektgruppen i «Helhetlige pasientforløp for kronisk syke og eldre» viderefører testing av funksjonsvurderingsverktøyet som en del av et helhetlig pasientforløp inn i ny kommune for å sikre at det brukes riktig og dermed oppnår ønsket effekt. Bruk av funksjonsvurderingsverktøyet må forankres i ledelse, forstås, eies og gjennomføres av helsepersonellet som skal utføre kartleggingen.

Rapport og resultater av prosjektet vil gjøres kjent for Indre Østfold kommunes ledere og ansatte og vil være med i videre spredningsarbeid gjennom prosjekt Innovativ rehabilitering.

ENDNOTES

- 1 Sluttrapport Virtuell Avdeling Eidsberg kommune
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2485745/Eidsberg%20kommune.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2 Prosjektrapport Innovativ Rehabilitering 2016
http://www.iomk.no/getfile.php/4056064.2098.mqnmqutpaikpss/Prosjektrapport+2016+-+Innovativ+rehabilitering_%C3%98MK+IKS_2.pdf
- 3 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d3351b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- 4 St.meld 25
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- 5 Samfunnsbaserte rehabiliteringsmodellen
https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2444139/2017_12_Eide_Innovativ.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 6 Veilederen for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- 7 Helse- og omsorgstjenesteloven omsorgstjenestelovens paragraf 3-2, p) kt.5 og pasient –og brukerrettighetsloven paragraf 2-1
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 8 Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv i-5 2017
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ec9a251bc3ca4fa9bcf2bef53fb65854/rundskriv-i-5-2017-om-a-utrede-potensialet-for-rehabilitering.pdf>
- 9 Veileder for personer med store og sammensatte behov
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- 10 St.meld 47, Samhandlingsreformen
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- 11 St.meld 26, Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- 12 St.meld 15 (2017-2018) Reformen Leve Hele Livet – en kvalitetsreform for eldre
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- 13 Modell for kvalitetsforbedring
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- 14 Helse Bergen -skjema ADL/rehabilitering
www.saman.no/file=1029
- 15 Prosjekt Fremtidsrettet Rehabilitering Kristiansand Kommune
<https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/behandling-og-rehabilitering/prosjekt-fremtidsrettet-rehabilitering/>
- 16 Indremedisinen.no 2017/01/
<https://indremedisinen.no/2017/01/er-pasienten-min-skropelig/>
- 17 Funksjonsvurdering
<http://www.embht.no/wp-content/uploads/2018/07/prosjektrapportKOF.pdf>
- 18 Lauvås,K og Lauvås,P., 2004. Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. 2.utg. Universitetsforlaget, Oslo
- 19 E-læring om rehabilitering til helsepersonell fra Sunnaas
https://kurs.helse-sorost.no/ScormServices/ScoStart.aspx?load=preview&scorm_version=1.2&starting_url=/uploaded/scormcourse/Behov%20for%20rehabilitering%20kurs%20for%20helsepersonell%20og%20pasient%28001%29/index_lms.html
- 20 Akutt funksjonssvikt
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre#definitions>
- 21 Sunnaas ADL Index
<https://www.sunnaas.no/Documents/Sunnaas%20ADL-index%20sk%C3%A5ringsskjema%20-%20NO.pdf>

22 Katz ADL index

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/2dc8d3e2187a481eb62da00994b33c77/katz-index-norsk-versjon.pdf>

23 Barthel ADL index

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/geriatripleie/barthel-adl-indeks/>

24 Lawton og Brody

<https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/ADL-vurdering.pdf>

25 Bohannon RW, Williams AA., Normal walking speed: a descriptive meta-analysis, Physiotherapy 2011, Sept. 97 (3): 182-9

26 Bergs balanseskala

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/b7539588e1584412b954c3f43289dbb9/bergs-balanseskala-bbs.pdf>

27 Timed «Up and Go»

https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/nkrr/Documents/TUG_protokoll_2010.pdf

28 Short Physical Performance Battery

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/870420284b7d4cb98100191ff93e7983/sppb.pdf>

29 IPLOS, individuell pleie- og omsorgsstatistikk

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/iplos-registeret>

30 6 trinns screenings test

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/870420284b7d4cb98100191ff93e7983/sekstrinns-kognitiv-screeningtest.pdf>

31 Klinisk Demens Vurdering (KDV)

https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Klinisk_demensvurdering_KDV.pdf

32 4AT

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/4at>

33 Minimal mental status evaluering (MMSE NR)

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/geriatripleie/mmse-nr2-mms-norsk-revisjon/>

34 Mini-Cog

https://beta.legeforeningen.no/contentassets/478e85c05e654494896c9d78110ae963/mini-cog_norwegian.pdf

35 Anders Grimsmo, Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU Trondheim

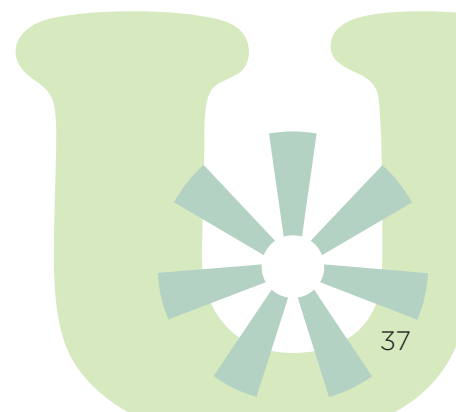
<https://docplayer.me/304980-Ganghastighet-indikator-pa-helse-og-funksjon.html>

36 Studenski S. Bradypedia: Is gait speed ready for clinical use? J Nutr Health Aging 2009 Dec;13(10):878-80

37 Tuntland, H, Ness N.E. (2014) Hverdagsrehabilitering Gyldendal norsk forlag

38 Motivasjonsspsykolog With

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/steg-4.-hva-er-kompetanse>



FUNKSJONSVURDERINGS- VERKTØY



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

KARTLEGGINGSVERKTØY

Navn:		Adresse:		Utfylt av:		Dato:			
Fødselsdato:		Fastlege:		Pårørende som har deltatt:					
Aktuell situasjon:									
Funksjonsvurdering ADL:									
1	Totalgjennomsnittscore (beregnes i Geric):		Har behov for bistand/assistanse til å:	Akutt endring		Pårørende utfører	Stikkord: Hva er endret?	Forventes forbedring?	
				Nei	Ja			Nei	Ja
1	Alminnelig husarbeid	1 2 3 4 5 9	Gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre mat og kaste avfall						
2	Skaffe seg varer og tjenester	1 2 3 4 5 9	Kunne skaffe seg varer som mat og drikke, klær/sko, husholdningstjenester og tekniske tjenester som er relevant i dagliglivet						
3	Personlig hygiene	1 2 3 4 5 9	Vaske seg, tørke seg, stelle hele kroppen, bruke vann og passende metoder, inkludert munnhygiene						
4	På- og avkledning	1 2 3 4 5 9	Finne frem/velge klær og sko i riktig rekkefølge, tilpasset klima og sosiale forhold						
5	Toalett	1 2 3 4 5 9	Utføre toalettbesøk-/funksjoner						
6	Lage mat	1 2 3 4 5 9	Planlegge, organisere og tilberede enkle og sammensatte måltider, lage tørrmat, kaffe, te, varme opp mat, skjære opp mat						
7	Spise	1 2 3 4 5 9	Innta servert mat og drikke						
8	Bevege seg innendørs	1 2 3 4 5 9	Forflytte seg på et plan, over terskler, inn og ut av seng, opp og ned av stol. Trapper innendørs er ikke med.						
9	Bevege seg utendørs	1 2 3 4 5 9	Forflytte seg utenfor egen bolig. Trappeoppganger og fellesareal regnes som «utendørs» Bevege seg på ujevnt underlag, over fortauskanter osv						
10	Ikke egenhelse	1 2 3 4 5 9	Mestre egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Ta kontakt m/behandlingsapparatet når skade/symptomer oppstår. Administrere egen medisin/følge behandlingsopplegg						
11	Hukommelse Ved score 3 og høyere -> Mini-Cog	1 2 3 4 5 9	Huske nylig inntrufne hendelser, orientert for tid/sted, gjenkjenne viktige personer/ omgivelser, huske avtaler og hendelser siste uka						
12	Kommunikasjon	1 2 3 4 5 9	Forstår og uttrykker seg verbalt/nonverbalt, evt med hjelpemidler som kommunikasjonsutstyr og tolk.						
13	Beslutninger i dagliglivet	1 2 3 4 5 9	Kunne ta avgjørelser/organisere dagliglivet/velge mellom alternativer/disponere tid og integrere uforutsette hendelser						
14	Sosial deltakelse	1 2 3 4 5 9	Kunne skape/opprettholde sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie/venner, kolleger og personer i nærmiljøet						
15	Styre egen adferd	1 2 3 4 5 9	Ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre						
16	Syn	1 2 3 4 5 9	Kunne sanse lys og farge, se størrelse, form og avstand						
17	Hørsel	1 2 3 4 5 9	Sanse lydskilte mellom lyders tonehøyde, styrke, egenart og sted. Skille mellom ulike lyder, steds - og sidebestemmelse av lyd, talegjenkjenning						
18	Håndtere egen økonomi	1 2 3 4 5 9	Forstå bruk av penger. Kunne håndtere egne regninger						
Forklaring til score (i IPLOS/ADL):									
1: Ingen problemer			3: Middels problemer. Klarer deler selv, men må ha personbistand til resten			5: Klarer ikke å utføre noe selv			
2: Noen problemer. Klarer selv, men endret standard			4: Store problemer. Klarer noe selv, men må ha hjelp tilstede hele tiden			9: Ikke relevant. Opplysninger om dette området er ikke relevante for tilstrekkelig opplysning av saken			

IPLOS	
Reservert mot innsending av diagnoser	☐ Ja ☐ Nei
Husstand	☐ Bor alene ☐ Bor sammen med andre ☐ Bor med foreldre
Omsorg for barn	☐ Ja ☐ Nei
Privat hjelp	☐ inntil 9t/uke ☐ inntil 15t/uke ☐ 15t/uke el mer ☐ ukjent omfang ☐ Nei
Egnet bolig	☐ Ja ☐ Nei
Vurdert av tannhelsepersonell	Mnd år
Vurdert av lege	Mnd år
Individuell plan utarbeidet	☐ Ja virksom plan ☐ Nei ☐ Ønsker ikke IP ☐ ikke relevant
Har oppnevnt koordinator	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Behov for bistand arbeid/utdanning	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Behov for transport arbeid/utdanning	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Behov for bistand, org. Kultur og fritid	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Behov for transport org. Kultur og fritid	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Legemiddelgjennomgang gjennomført	☐ Ja, mnd år ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Ernæringsstatus kartlagt	☐ Ja, mnd år ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Ernæringsmessig risiko/underernæring	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ikke relevant
Ernæringsplan utarbeidet	☐ Ja, mnd år ☐ Nei ☐ Ikke relevant

	Vitale parametere	Vurderinger	Kommentar
A	RF	Frie luftveier? Luftstrøm? Snakker pas uanstrengt/hele setninger?	
B	SpO2	Lyder fra luftveiene (heshet, snorkende respirasjon) Opplevs pustebesvær? Rytme, dybde, symmetri,hj.musk, cyanose	
C	BT	Blek, kald, klam hud? Puls (reg/ureg) Kapillærfyllning, cyanose Diurese, væskeinntak, indre/ytte blødninger. Infeksjon? obs sepsis	
D	CNS	Vurder bevissthet (ACVPU) Akutt nyoppstått forvirring? Pupiller Blodsukker NB! Sympt. hjerneslag (Prate-Smile-Løfte)	
E	Tp	Undersøk hele pasienten Se etter sår, ødemer, hudforandringer etc. Sjøkk kateter, dren.. Måle temperatur Smarter (VAS)	
F		Videre plan for pasienten	

Smerter	
Er du plaget av smerter?	☐ JA ☐ NEI
I hvilken grad hindrer smertene deg i daglige aktiviteter?	
Psykisk helse	
	I hvilken grad hindrer dette deg i daglige aktiviteter?
Føler du deg engstelig?	☐ JA ☐ NEI ☐ Ingen ☐ Lite ☐ Middels ☐ Mye
Føler du deg nedstemt?	☐ JA ☐ NEI ☐ Ingen ☐ Lite ☐ Middels ☐ Mye
Føler du deg ensom?	☐ JA ☐ NEI ☐ Ingen ☐ Lite ☐ Middels ☐ Mye
Tolkning: Ved score lik middels eller mer, vurder i samråd med personen, behov for kontakt med tjenesten Psykisk helse	
Mini-Cog (utføres ved score 3 eller mer på IPLOS ADL «Hukommelse») Bruk originalskjema!	
Totalscore: av 5 poeng	Delscore Gjenkalling (0-3 poeng): Delscore Klokketegning (0 eller 2 poeng):
Kommentar (ved score lavere enn 3 bør videre utredning foretas):	



Måling av ganghastighet, 4 meter:

- Mål opp 4 meter, marker med tape e.l.
- Bruk stoppeklokke/mobil
- Personen går med/uten hjelpemidler
- Instruksjon: "Gå i ditt vanlige tempo, som om du gikk nedover gaten til butikken."
- Strekningen måles 2x.

Distanse (4 m) : tid (sekunder) = Ganghastighet

Test 1. m / sek = m/sek

Test 2. m / sek = m/sek

Brukt hjelpemiddel? ☐ Nei ☐ Ja

Tolkning av ganghastighet: (sett kryss på linjalen – bruk den beste tiden)



Skrøpelig: Økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse. Redusert innendørs og utendørsmobilitet

Begynnende funksjonssvikt: Økt risiko for fall og funksjons-svikt. Selvhj. i ADL. Red. utendørsmobilitet

Normal: Ingen økt risiko eller begrensninger i ADL og mobilitet

UT FRA ENDRING I DITT FUNKSJONSNIVÅ - HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ

Hva er viktig
for deg?

Score:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Vanskelig ingen vansker

Personens mål:	1.samtale (score)	2.samtale (score)

Gjennomsnitt



Opplevd nytte



Summer score etter samtale 1 (innen dag 3) og regn ut gjennomsnittet. Summer score etter samtale 2 (innen 4 uker) og regn ut gjennomsnittet. Score etter samtale 2 legges inn i rubrikk 1 etter opplevd nytte. Score etter samtale 1 legges inn i rubrikk 2 etter opplevd nytte. Tallet i rubrikk 1 minus tallet i rubrikk 2 = Sum. Tallet bør være >2 for å vise effekt av igangsatte tiltak.

Kartlegging av egeninnsats og motivasjon - Vurdering utføres i samarbeid med personen

Hva mener du må til for at du kan nå ditt mål?	(Stikkord: Tilpasninger i bolig, hjelpemidler, bistand med opptrening, smertelindring)
I hvilken grad er du motivert til egeninnsats	(Stikkord: hvis ikke motivert, kan personen motiveres? Hvilke hindringer angis?)

OPPSUMMERING: VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK/REHABILITERING

		Nei	Ja
A	Har personen behov for <u>nye</u> kommunale tjenester?		
B	Har personen behov for <u>økning</u> av kommunale tjenester?		
C	Har personen hatt et funksjonsfall pga en ny skade/hendelse?		
D	Har personen hatt et funksjonsfall pga en forverring av sin helsetilstand?		
E	Antas personen å være i stor risiko for forverring av sin helsetilstand/økt fallrisiko? Jfr. gangtest		
Ved nei på samtlige spørsmål: personen antas å ikke ha behov for ytterligere vurdering/rehabilitering			
Ved ja på ett eller flere av spørsmålene A til E: gå videre til F			
F	Har personen endringsvilje?		
G	Anses det som sannsynlig at det er en mulighet for endring?		
Ved nei på både spørsmål F og G: Antas ikke å ha behov for ytterligere rehabilitering/vurdering			
Ved ja på både spørsmål F og G: Vurder nødvendige tiltak eller henvis videre til tverrfaglig vurdering			
Ved ja på spørsmålene F og nei på spørsmål G: Bør personen vurderes tverrfaglig?			
Ved nei på spørsmål F og ja på spørsmål G: Kan personen motiveres ved et senere tidspunkt?			

Veiledning til kartleggingsskjema

Ved utfylling av skjemaet skal det tas utgangspunkt i aktuell situasjon og dagsform.

Ved åpenbar kognitiv svikt – vurder å ta med pårørende i kartleggingen.

Skjemaet kartlegger følgende funksjonsområder:

1. Funksjonsvurdering ADL:

- Dette er IPLOS ADL i Gerica
- Viktig å få tak i personens akutte funksjonstap
- Forklaring til score ligger under selve skjemaet
- Det er personens funksjon vi er ute etter – OBS der pårørende utfører oppgaven. Scoren skal gjenspeile hva personen selv kan utføre – uavhengig av pårørendeinnsats.
- Der pårørende utfører oppgaver – kryss av i kolonnen "pårørende utfører", og noter hvilke oppgaver de utfører. Dette for å få oversikt over pårørendebelastningen.
- Ang score på hukommelse – ved score på 3 eller mer utføres en utvidet test på eget skjema lengre ned i kartleggingen som heter Mini-Cog.

2. IPLOS:

- Dette er IPLOS i Gerica (Veileder for IPLOS ligger i Gerica)
- Personen har rett til å reservere seg mot innsending av diagnoser.
- OBS - Legemiddelgjennomgang er noe annet en samstemming av legemiddellister. Legemiddelgjennomgang bør vurderes sammen med fastlege hos personer med flere legemidler, funksjonssvikt, kognitiv svikt, falltendens, vekttap, flere innleggelser i sykehus med mer.
- Bruk lokale kartleggingsverktøy for screening av risiko for underernæring

3. Vitale parametere:

- Viktig å registrere alle vitale målinger inkludert vekt og blodsukker for å avdekke forverring av helsetilstand. Det er en fordel å være kjent med bruk av NEWS2 (ProAct), Q-sofa-kriterier og symptomer på hjerneslag.

4. Smerter:

- Kartlegging av aktuelle smerter hvor personen angir smerteintensitet på en skala fra 0 til 10 / smilefjes fra smil til gråt / farge grønn til rød
- Egen linjal printet ut i større format (laminert i A4 eller A5) kan gjerne benyttes som hjelpemiddel.
- Hva lindrer/forverrer?

5. Psykisk helse:

- Om personen svarer positivt, i hvilken grad hindrer dette personen i daglige aktiviteter?

6. Mini-Cog:

- Mini-Cog gjennomføres ved en score på 3 eller høyere ved IPLOS-ADL.
- Testen kan også gjennomføres om man har mistanke om redusert kognitiv funksjon, selv om det er oppgitt bedre score enn 3 ved IPLOS-ADL.
- Originalskjema må benyttes. Følg veiledning som angitt i skjemaet.
- Det er viktig med ro rundt personen under gjennomføring av testen. Det anbefales at kun testeren og personen sitter i et rom uten avledende eller forstyrrende momenter som telefon, tv, radio, familiemedlemmer, besøkende, eller lignende.
- Husk blyant og viskelær – mulighet for å korrigere klokke
- Denne testen anses som en enkel screening-test. Ved lav score (3 poeng eller lavere), anbefales videre utredning hos lege eller demensteam.

7. Måling av ganghastighet, 4 meter:

- Ganghastigheten måles med stoppeklokke/mobil på en rett strekning på 4 meter hvor start og mål er tydelig markert.
- Personen går med eller uten hjelpemiddel, avhengig av hva han/hun benytter til daglig.
- Personen skal gå i sitt vanlige tempo, uten å løpe.
- Tiden starter ved passering av startstreken/markeringen og stoppes ved passering av målstreken/markeringen.
- Personen stiller seg opp "til start", dvs. starter fra en stillestående posisjon.

- Om personen "må gå seg til", kan hun/han "varme opp" ved å gå noen meter før selve tidsmålingen starter. Dette kan være spesielt hensiktsmessig om personen har sittet rolig en stund før testen skal gjennomføres.
- Tiden måles 2x ved å gå strekningen en gang fram og en gang tilbake med en kort pause imellom.
- Ganglengden på 4 meter deles på antall sekunder. Dette gir en gjennomsnittstid på antall sekunder pr meter.
- Avhengig av denne verdien kan ganghastigheten vurderes som skrøpelig/begynnende funksjonssvikt/normal.
- Denne inndelingen er en forskningsmessig bevist tolkning av personens nåværende funksjon – og er et viktig moment ved vurdering av eventuelle tiltak/behov under oppsummeringen lenger ned på skjemaet.

8. Ut fra endring i ditt funksjonsnivå - Hva er viktig for deg nå?

- "Hva er viktig for deg" kartlegges på dag 3 og ved en senere samtale (innen ca. 4 uker).
- Her kartlegges personens mål, hva som er viktig for han/henne ut fra den gjennomgåtte endringen i funksjonsnivået.
- Personens egne ord noteres.
- Personen angir, om mulig, en verdi på en skala fra 0 = vanskelig til 10 = ingen vansker.
- Egen linjal printet ut i større format (laminert i A4 eller A5) kan gjerne benyttes som hjelpemiddel.
- Etter 2. samtale kan det regnes ut en eventuell oppnådd nytteverdi
- Summer score fra 1. samtale, regn ut gjennomsnittet. Kopier resultatet fra venstre boks «gjennomsnitt» til høyre boks «nytteverdi».
- Summer score fra 2. samtale, regn ut gjennomsnittet. Kopier resultatet fra høyre boks «gjennomsnitt» til venstre boks «nytteverdi».
- Tallet fra venstre boks «nytteverdi» minus tallet fra høyre boks «nytteverdi» gir en sum som angir en evt. framgang (nytte). I så fall må tallet være høyere enn 2.
- Se eks neste side:

	1. samtale	2. samtale
Løst midtdag	3	8
Hørte prosedyr	2	5
Vase med i spidubben	4	8
Gjennomsnitt	3	7
Nyttieverdi	3	4

3 + 2 = 5
5 - 4 = 1

9. Kartlegging av egeninnsats og motivasjon:

- Her skal personen si hva han/hun kan bidra med selv og hva som må til for å nå målene.
- Ved lite eller ingen motivasjon – vurder hva som skal til for å øke motivasjon hos personen, evt. om personen kan motiveres på et senere tidspunkt.

10. Oppsummering: Vurdering av behov for tiltak/rehabilitering:

- Angående spørsmål A-E:
- Ved vurdering av spørsmål D og E: husk å ta hensyn til andre helsemessige behov for oppfølging. Dette kan være kartlegging av kognitiv svikt, ernæringsutfordringer, smerter, vitale målinger, legemiddelrelaterte problemer osv.
- Punkt E: Ganghastighet kan tas som utgangspunkt. Personer med ganghastighet i rød sone (skrøpelig) og gul sone (begynnende funksjonssvikt) vil være i faresonen for fallrisiko. Hos de som ligger i øvre sjikt i gul sone (ganghastighet > 0,8 m/sek.) kan det brukes skjønn.
- Ved negativt svar på de 5 første spørsmålene antas at personen ikke har behov for ytterligere vurdering/rehabilitering. Bruk skjønn.
- Angående spørsmål F og G:
- Om personen ikke har endringsvilje (F) og det ikke er mulighet for en funksjonsforbedring (G), antas at personen ikke har behov for rehabilitering.
- Om personen har endringsvilje (F) eller det antas at det er mulighet for endring (G), kan det vurderes nødvendige tiltak (for eksempel ganghjelpemidler, toalettstol, henvisning til ergoterapeut for vurdering/tilpasning av bolig, henvisning til fysioterapeut og lignende) eller henvis til tverrfaglig vurdering.
- Om personen har mulighet for funksjonsforbedring (G), men ikke har endringsvilje (F) i dag, kan personen motiveres ved et senere tidspunkt?





Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold



HELSEHUSET
INDRE ØSTFOLD MEDISINSKE KOMPETANSESENTER IKS



Eidsberg kommune