

Selvstendig, trygg og aktiv



## Evaluering av hverdagsrehabilitering 2012-2015



STAVANGER KOMMUNE  
AVDELING OPPVEKST OG LEVEKÅR  
APRIL 2016



## Sammendrag

Kommunalstyret for levekår vedtok 18.03.2014 at hverdagsrehabilitering skulle implementeres som tjeneste i hele byen. Orientering om implementering og status ble presentert som sak for levekårsstyret 16.12.2014. Fra oppstart i 2012 har 620 personer gjennomført hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er evaluert for å undersøke betydningen både for brukerne, arbeidsprosesser og økonomi.

Objektive målinger med kartleggingsverktøy SPPB viser at hverdagsrehabilitering har effekt på brukernes funksjonsnivå i alle aldersgrupper, og størst effekt blant de yngste brukerne i alderen 60-69 år. Målinger som viser oppnådd aktivitetsnivå og tilfredsstillelse (COPM), viser også at brukerne selv synes at hverdagsrehabilitering gir god effekt. 33 prosent av brukerne blir selvstendige i daglige aktiviteter og klarer seg uten tjenester etter hverdagsrehabilitering. Også eksisterende brukere oppnår et økt funksjonsnivå. Dette innebærer at disse brukere klarer seg med mindre tjenester etter en periode med hverdagsrehabilitering enn de ville gjort uten hverdagsrehabilitering.

Resultatene viser også en nedgang i utgifter etter hverdagsrehabilitering. Kostnadene for alle brukerne som mottar hverdagsrehabilitering er redusert med 8,5 millioner fra måneden før til måneden etter oppstart.

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er nye brukere med begynnende funksjonssvikt, som søker om helse- og omsorgstjenester for første gang, eller brukere som søker om økte tjenester etter funksjonsfall. Resultatene viser at målgruppen har beveget seg bort fra kriteriet *nye brukere med begynnende funksjonssvikt*. I 2013 var 59 prosent nye brukerne, mens 41 prosent var eksisterende brukere. I denne rapporten er 21 prosent nye brukere og 79 prosent eksisterende brukere.

Stor pågang av brukere fører til ventetid, noe som er uheldig for brukeren. Det er nødvendig å redusere ventetidenkapasiteten for å unngå at brukerne må vente på oppstart av hverdagsrehabilitering.

70 prosent av brukerne har hjemmesykepleie 3 måneder før oppstart. Mange av disse brukerne har hjemmesykepleie samtidig med hverdagsrehabilitering, og fortsetter med dette etterpå. Det er ønskelig å øke andelen brukere som avsluttes uten tjenester, og å unngå samtidige tjenester i perioden med hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering har et forholdsvis stort frafall i løpet av den første uken. Det er derfor viktig å se på årsakene til frafaller og øke treffsikkerheten ved å revurdere kriteriene for målgruppen.

Treffsikkerheten og effekten av tjenesten kan bedres ved å dreie målgruppen mot flere nye brukere som søker tjenester, i stedet for eksisterende brukere med stort hjelpebehov. Evalueringen viser at nye brukere er mer motivert og har større effekt av hverdagsrehabilitering. Nye brukere klarer seg dessuten i større grad uten tilleggstjenester og gjennomfører hverdagsrehabilitering med kortere treningsperioder.

Eksisterende brukere som ekskluderes fra hverdagsrehabilitering, må ivaretas gjennom andre tiltak i Leve HELE LIVET- strategien; eksempelvis mestringstilbud fra hjemmesykepleien, rehabiliteringstilbud fra fysio- og ergoterapitjenesten, hjelpemidler og selvstendighetsteknologi.

En bør fortsette arbeidet med å finne gode indikatorer som kan vise hvilke resultater dette har for kommuneøkonomien. Dette vil gi oss et godt helhetlig bilde som både belyser de personlige gevinstene, men også de økonomiske. På denne måten kan vi bedre vurdere effekten av nye måter å jobbe på som rigger oss for å ivareta framtidens behov.

## Innhold

Sammendrag .....	2
Innledning.....	4
Fakta om hverdagsrehabilitering .....	5
Resultater fra evalueringen.....	5
Den kvalitativ delen - hva forteller ledere og ansatte? .....	5
Målgruppen .....	6
Motivasjon.....	6
Utrygghet.....	7
Rekruttering av brukere til tidlig innsats .....	8
Samhandling .....	8
Kapasitet.....	9
Varighet .....	9
Oppfølging etter avsluttet tjeneste .....	9
Oppsummering fra kvalitative data.....	10
Forbedringsområder: .....	10
Resultater kvantitative data .....	11
Hvem er brukerne av hverdagsrehabilitering?.....	11
Fysisk funksjon før og etter hverdagsrehabilitering.....	12
Hvordan vurderer brukerne sin egen forbedring? .....	13
Kan vi se en endring i brukernes behov for kommunale tjenester? .....	14
Hva er gevinsten for kommuneøkonomien?.....	15
Konklusjon .....	17
Effekt for bruker og kommuneøkonomi.....	17
Forbedringsområder .....	17

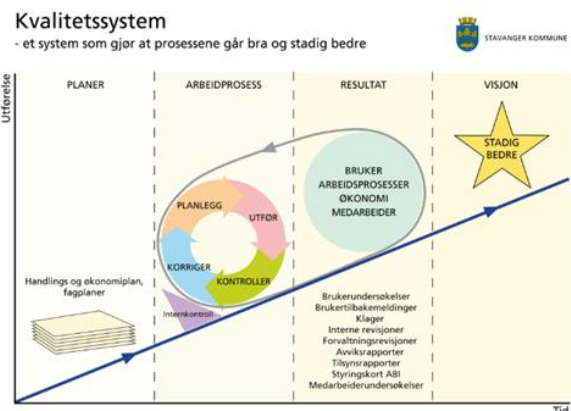
## Innledning

Stavanger kommune gjennomførte en pilotutprøving av hverdagsrehabilitering i perioden 1. november 2012 til 30. april 2013. Piloten ble evaluert og presentert i rapporten [«Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering»](#).

Kommunalstyret for levekår vedtok 18.03.2014 at hverdagsrehabilitering skulle implementeres som tjeneste i hele byen. Orientering om implementering og status ble presentert som sak for levekårsstyret 16.12.2014.

Stavanger kommune sin modell for forbedringsarbeid er benyttet ved implementering av hverdagsrehabilitering. Målet er at tjenestene til innbyggerne skal være kunnskapsbaserte, effektive og bærekraftige. Hverdagsrehabilitering er derfor evaluert for å undersøke betydningen både for brukerne, arbeidsprosesser og økonomi.

Hverdagsrehabilitering er i dag organisert som en avdeling under Madla hjemmebaserte tjenester. Avdelingen har egen avdelingsleder og er inndelt i to geografiske team, team øst og team vest. Hvert team har sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapikompetanse og fire hjemmetrenere.



Helse- og sosialkontorene som koordinerende enhet for ReHabilitering ble fra august 2014 styrket tverrfaglig med fysioterapeut og ergoterapeut. Dette styrker den tverrfaglige vurderingen av brukere som har behov for hverdagsrehabilitering og ordinær rehabilitering. Inviterende samtaleteknikk brukes som kartleggingsverktøy for å løfte frem brukernes ressurser og for å motivere brukere til å takke ja til hverdagsrehabilitering. Denne metodikken bidrar også til at ansatte i møte med brukerne endrer holdninger fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?».

### Hensikten med evaluering av hverdagsrehabilitering er todelt:

1. Undersøke om implementering av hverdagsrehabilitering i hele kommunen fortsatt har effekt for brukerne og for kommuneøkonomien
2. Identifisere forbedringsområder i det videre arbeidet

## Fakta om hverdagsrehabilitering

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er innbyggere over 65 år som søker om helse- og omsorgstjenester for første gang, eller som søker om økte tjenester etter funksjonsfall. Brukere som har omfattende kognitiv svikt, psykiske lidelser eller brukere som er i en palliativ fase omfattes ikke av hverdagsrehabilitering.

Tjenesten utføres med oppfølging og trening 5 dager i uken i en periode på 4 uker.

Hverdagsrehabilitering har fokus på mestring av hverdagsaktiviteter. Brukeren selv definerer målene sine ut fra hva som er viktig for han eller henne. Ofte handler dette om å trene på daglige aktiviteter som trengs for å ivareta personlige behov, eller for å kunne delta i sosiale aktiviteter. Treningen kan ha et underliggende mål om å øke styrke, balanse eller utholdenhet, men fokuset er på aktiviteten sammen med bruker. Dette gir meningsfulle mål og klare prioriteringer for gjennomføringen av hverdagsrehabilitering.

Fra oppstart i november 2012 har 620 personer gjennomført hverdagsrehabilitering. En del har hatt tjenesten flere ganger, så tjenesten har blitt gjennomført 709 ganger.

For 2016 har Stavanger kommune som mål at 560 brukere skal gjennomføre hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering implementeres som tjeneste og metode i mange norske kommuner. Modellene er hentet fra Danmark og Sverige. I februar 2016 var det 146 kommuner i Norge som enten prøvde ut eller hadde implementert ulike modeller for hverdagsrehabilitering. For mer informasjon om hverdagsrehabilitering vises det til den nasjonale nettsiden [hverdagsrehabilitering.no](http://hverdagsrehabilitering.no).

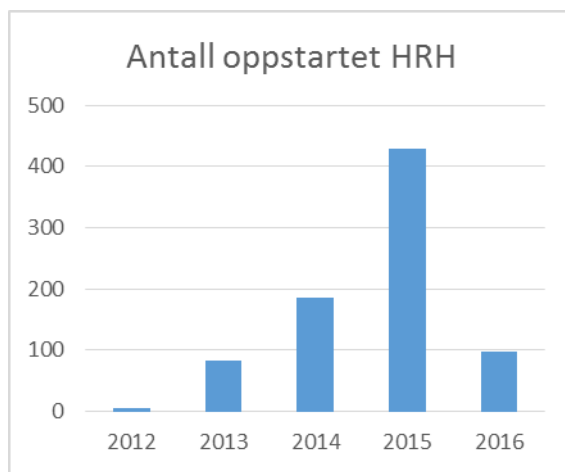
## Resultater fra evalueringen

Evalueringen er gjennomført med en kvalitativ del hvor data er hentet fra fokusgruppeintervjuer og spørreskjema, og en kvantitativ del hvor brukerdataba er hentet fra kommunens elektroniske pasientjournalssystem.

### Den kvalitative delen - hva forteller ledere og ansatte?

To fokusgruppeintervjuer er gjennomført, ett med ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamene og ett med ledelsen for hverdagsrehabilitering. Intervjuguiden tok utgangspunkt i følgende hovedtema: 1. Målgruppen, 2. Arbeidsprosessen, 3. Resultater og erfaringer, 4. Forbedringsområder.

Fokusgruppeintervjuene ble supplert med en spørreundersøkelse ved de fire helse- og sosialkontorene. Helse- og sosialsjefene besvarte et spørreskjema med fire åpne spørsmål innen de samme hovedtemaene som i fokusgruppeintervjuene.



Figur 1 Antall brukere som har gjennomført hverdagsrehabilitering fra oppstart til mars 2016

## Målgruppen

Å treffe målgruppen er viktig for å kunne utnytte ressursene på en best mulig måte. Riktig målgruppe vil være de brukerne som har størst utbytte av tilbudet. En tydeliggjøring av målgruppen er også viktig for å skape realistiske forventinger både hos innbyggere og ansatte for hvem som kan ha nytte av hverdagsrehabilitering.

### Gjeldende kriterier for hverdagsrehabilitering

#### **Målgruppe for hverdagsrehabilitering er personer over 65 år som er:**

- Nye brukere som søker kommunale tjenester for første gang
- Brukere som har avsluttet tjenester, men som nå søker nye tjenester
- Brukere med behov for økte tjenester

#### **Følgende brukere vurderes ikke som aktuelle for hverdagsrehabilitering:**

- Brukere med betydelig/uttalte kognitiv vansker
- Brukere i terminal fase
- Brukere med tung psykiatri

#### **Følgende forhold skal vurderes:**

- *Er bruker motivert for hverdagsrehabilitering*
- *Har bruker potensialet for å nytte seg av hverdagsrehabilitering*
- *Har bruker mulighet til å opprettholde de aktivitetene han/hun oppnår etter endt oppfølging*
- *Har bruker mulighet til å definere og beskrive hva som er viktig for han/hun*

Tilbakemeldingene fra informantene er at brukere som fyller kriteriene for hverdagsrehabilitering, har god effekt av tilbudet. Noen brukere har startet opp med hverdagsrehabilitering, i ettertid har det vist seg at de egentlig ikke fyller kriteriene. For disse brukerne har hverdagsrehabilitering ikke gitt samme gode effekt. Dette gjelder brukere med kognitiv svikt, psykiske lidelser eller smerteproblematikk. Brukere med kognitiv svikt har vansker med å sette sine egne mål. Treningen kan skape forstyrrelser i den kjente hverdagen, og det er vanskelig å opprettholde aktiviteter på egenhånd når tilbudet avsluttes. For brukere med psykiske lidelser er en periode på fire uker med hverdagsrehabilitering for kort. Motivering og igangsetting av tiltak for denne gruppen krever en annen tilnærming enn det som ligger i dagens modell. For brukere med omfattende smerteproblematikk eller akutte skader er det viktig å vente til situasjonen har stabilisert seg før hverdagsrehabiliteringen igangsettes.

Av de 620 personer som har gjennomført hverdagsrehabilitering siden oppstart er den største andelen brukere mellom 80 og 89 år. I implementeringsfasen har også noen brukere under 65 år fått tilbudet. Erfaringene viser at når inaktivitet er årsak til funksjonsnedsettelsen, vil brukere under 65 år ha god effekt av hverdagsrehabilitering. Dette utgjør kun en liten gruppe brukere. Kriteriene bør derfor endres slik at også brukere under 65 år får tilbudet dersom de opplever funksjonsnedsettelse og vansker med å daglige aktiviteter.

## Motivasjon

Gjennomføring av et 4-ukers opplegg med hverdagsrehabilitering krever først og fremst en stor grad av egeninnsats fra brukerne. Dette er nok grunnen til at ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet trekker fram motivasjon som en nøkkelfaktor for hvem som har utbytte av hverdagsrehabilitering.

79 personer avsluttet tilbudet i løpet av den første uken av hverdagsrehabilitering, blant annet på grunn av manglende motivasjon. Dette utgjør et frafall på 13 prosent.

I følge informantene kan det være mange grunner til at brukerne mangler motivasjon. Noen har blitt overtalt av pårørende eller ansatte til å ta imot hverdagsrehabilitering, men ønsker det ikke selv. Erfaring viser at disse brukerne ofte gjør lite aktivitet på egenhånd, og har vansker med å opprettholde aktiviteter eller funksjon når hverdagsrehabilitering avsluttes.

For de brukere som har sittet lenge og mye i ro, og vært vant til at andre gjør det meste for seg, skal det mye til for å komme ut av «hjelpfellen» og begynne å gjøre aktivitetene selv. For denne gruppen kreves det oppfølging over tid for å etablere nye vaner og rutiner.

” Vi ser jo at han har godt av det, ... men når han ikke vil det selv, så er det vanskelig.

Ansatt team

Resultatene viser allikevel at også de som gjennomfører lite aktivitet på egenhånd, har framgang på fysisk funksjon og egenrapportert tilbakemelding. Men fordi aktivitet og trening er «ferskvare», er det et spørsmål hvor lenge effekten vil vare for denne gruppen brukere.

Informantene fortalte at nye brukere som søker kommunale tjenester for første gang, ofte er mer motivert til å klare seg selv enn eksisterende brukere, fordi de ikke har gjort seg avhengig av hjelp. Dette betyr at en motivert 96-åring som ønsker å klare seg selv, kan ha større effekt av hverdagsrehabilitering, enn en 65-åring som ikke er motivert.

Teori om endring av helseatferd støtter erfaringene med hverdagsrehabilitering. Det er en forutsetning for endring at personene erkjenner de negative sidene ved måten en lever på. Dersom en ikke har erkjent det, er det vanskelig å initiere endring. Endringsprosesser beskrives i faser og før en kommer til en erkjennelse vil personen være mest opptatt av de gode sidene ved atferden, for eksempel at det er behagelig å få hjelp. I denne fasen er informasjon viktig, for å så en spire til erkjennelse av de negative konsekvensene<sup>1</sup>.

Informantene kan fortelle at de alltid tar en telefon for å avtale førstegangsbesøk. Det kommer ofte fram i denne telefonsamtalen om bruker er motivert. Noen velger å trekke seg fra tilbudet i løpet samtalen, mens andre ønsker å prøve for å se hvordan det går.

” Hvis vi spør hva de har gjort i helgen, og de ikke har gjort noe, da vet vi at sannsynligheten for at de kommer til å gjøre noe på egenhånd når vi avslutter er liten.

Ansatt team

Når brukerne er i gang med hverdagsrehabilitering, forteller informantene at de i løpet av den første uken ofte kan si om brukerne kommer til å opprettholde aktivitet etter avsluttet treningsperiode.

Motivasjon som kriterium må tydeliggjøres. God informasjon til brukerne om innholdet i hverdagsrehabilitering er viktig i oppstartsfasen av hverdagsrehabilitering, for å redusere frafall.

## Utrygghet

Redsel for å falle er et kjent helseproblem for eldre mennesker. Redselen og utrygghet kan føre til redusert aktivitet og reduksjon i funksjonsnivå. Informantene fortalte at brukere som er engstelige for å gjøre aktiviteter, ofte oppnår gode resultater med hverdagsrehabilitering. Når ansatte har nok tid til å trygge brukerne i å utføre de aktivitetene som er viktige i dagliglivet, øker aktivitetsnivå raskt fra lavt til høyt. Det bør sikres at brukere som er redde for å falle og som søker tjenester for første gang, får tilbud om hverdagsrehabilitering

<sup>1</sup> Prochaska, J.O., DiClemente, C.D., Norcross, J. (1992). *In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors*. American Psychologist, 47,1102-1114

## Rekruttering av brukere til tidlig innsats

De fleste brukerne henvises til hverdagsrehabilitering etter sykehusopphold eller etter et opphold på korttidsavdeling i sykehjem. Statistikken viser at 70 prosent av brukerne som får hverdagsrehabilitering, har hjemmesykepleie 3 måneder før oppstart. Tilbakemeldingene fra de ansatte er at brukerne får tilbud om hverdagsrehabilitering når funksjonssvikten har blitt relativt stor. Hensikten med hverdagsrehabilitering er å sette inn intensiv innsats i tidlig fase av funksjonssvikt. Ut fra dette ser det ut til at hverdagsrehabilitering kommer for sent i gang.

Fastlegene er en viktig gruppe som ofte møter brukerne tidlig i forløpet og som har mulighet til å identifisere utfordringer i dagliglivet på grunn av inaktivitet og tidlig funksjonssvikt. Få brukere rekrutteres fra fastlegene, og informantene fortalte at tilbudet om hverdagsrehabilitering må bli bedre kjent i fastlegegruppen.

## Samhandling

God samhandling er viktig for å koordinere tilbudene, for å bygge felles kompetanse om betydningen av hverdagsaktiviteter og hverdagsmestring og for å etablere felles språk og felles holdninger. Samhandling er sentralt for å sikre helhetlige tjenester for brukerne. I utviklingen av nye tilbud vil samhandling og koordinering være viktig for å sikre helhet og hindre fragmentering av helse- og omsorgstjenestene.<sup>2</sup>

Hverdagsrehabiliteringsteamet samhandler først og fremst med helse- og sosialkontorene og hjemmesykepleien.

Fysioterapeutene og ergoterapeutene på helse- og sosialkontorene er sentrale samarbeidspartner for hverdagsrehabiliteringsteamene. På individnivå innebærer dette hyppig dialog mellom terapeutene/sykepleierne i teamet og helse- og sosialkontoret på enkeltsaker. De forteller at de bruker hverandres kompetanse både for å finne de riktige brukerne, men også for å støtte hverandres faglige vurderinger ved avslutning eller videreføring av tjenester. På systemnivå arrangeres felles møter med alle fysio- og ergoterapeuter på helse- og sosialkontorene og avdeling for hverdagsrehabilitering 3-4 ganger i året.

Hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmesykepleien har mange felles brukere. Samhandling med hjemmesykepleien foregår når terapeut/sykepleier fra hverdagsrehabilitering er tilstede på rapport i hjemmesykepleien hver 14. dag i alle virksomhetene. Denne samhandlingen forteller informantene har hatt en positiv utvikling i løpet av implementeringsperioden. Diskusjonene i møtene handler nå om mestring hos brukerne og drøfting om eksisterende brukere i hjemmesykepleien er aktuelle kandidater for hverdagsrehabilitering. Informantene trekker frem ledelsen som viktig for å etablere god samhandling.

Dialog foregår i tillegg via telefon eller e-post og kommunikasjon i den elektroniske pasientjournalen. Dette oppleves av hverdagsrehabiliteringsteamet som at det i stor grad er de som tar kontakt med hjemmesykepleien for å gi informasjon. Dette tror de kan skyldes at hjemmesykepleien vet at hverdagsrehabilitering innhenter informasjon fra hjemmesykepleien der det er nødvendig.

Andre samarbeidspartnere er pårørende, fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen, fastleger, dagsenter, sykehuset og frivillige lag og organisasjoner. Denne samhandlingen er mer tilfeldig og foregår der det oppstår et behov. Fastlegene får alltid elektronisk sluttrapport, men det er liten respons fra fastlegene både i form av henvisninger og tilbakemeldinger.

---

<sup>2</sup> Meld. St. 26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*



## Kapasitet

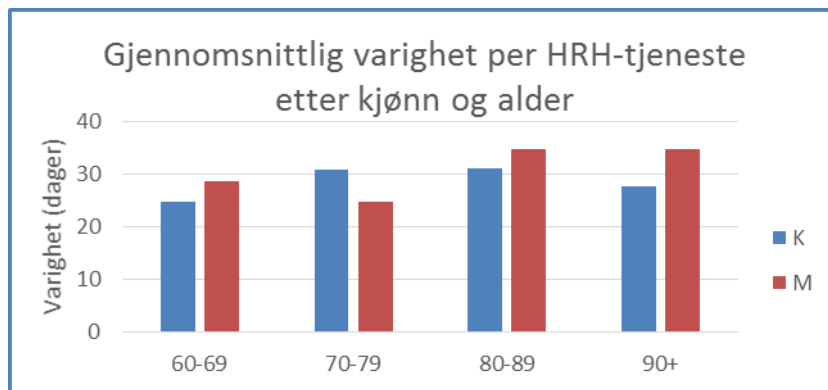
Kapasiteten i avdeling for hverdagsrehabilitering varierer etter hvor stor etterspørselen etter tjenestene er. Alternativet for de som ikke får tjenester med en gang, og ikke klarer seg selv, er at hjemmesykepleien går inn og gir tjenester mens brukeren venter på ledig kapasitet.

Tidligere har en erfart at en del av brukerne som må vente på hverdagsrehabilitering, likevel ikke ønsker tilbudet når det blir ledig kapasitet. Årsakene til dette kan være flere. Noen brukere har blitt overtalt av andre og vil egentlig ikke ha tjenesten når den skal settes i gang. Andre har vært usikre på om de kom til å klare seg og takket ja i tilfelle de skulle ha behov, men så klarer de seg selv. Noen hadde ikke skjønnet hva hverdagsrehabilitering var, og andre igjen ville ikke bytte hjelp, men fortsette med hjemmesykepleien når de først hadde kommet i gang med de.

I det videre arbeidet blir det viktig i å gi god informasjon om innholdet i hverdagsrehabiliteringen. I størst mulig grad må brukerne unngå å få hjemmesykepleie i påvente av hverdagsrehabilitering. Dersom det likevel er nødvendig å starte opp parallelle tjenester er tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabiliteringsteam viktig, slik at brukere og ansatte sammen jobber mot felles mål.

## Varighet

Varigheten på perioden med hverdagsrehabilitering er 4 uker, med mulighet for avkortning eller forlengelse ved behov.



Figur 2. Varighet på oppfølgingen fordelt på kjønn og alder

Figur 2 viser variasjon i varigheten fordelt på alder og kjønn. En ser størst forskjell på varighet mellom menn i alderen 70-79 år og 90+, hvor de yngste i gjennomsnitt har 10 dager kortere oppfølgingsperiode enn de eldste.

Informantene fortalte at økende etterspørselen etter tjenesten har gått ut over fleksibilitet til å endre eller forlenge oppfølgingen hos de brukerne som kunne hatt nytte av dette. Informantene opplever press for å få gjort avtaler med brukere som står på venteliste, og dette kan gå utover tilbudet til brukere som har behov for forlengelse.

## Oppfølging etter avsluttet tjeneste

En ønsker at effekten av hverdagsrehabilitering skal fortsette etter avslutning av tjenesten, ved at brukerne har fått nye aktiviteter eller treningsprogram som de fortsetter med. For å opprettholde motivasjon knyttet til egenaktiviteter, skal helse- og sosialkontorene ta kontakt med brukere i løpet av de seks første ukene etter avslutning for å høre hvordan det har gått. Erfaringene viser at dette ikke alltid blir gjort. I forbindelse med en videreutdanning i hverdagsrehabilitering, prøves nå ut en ny

rutine. Terapeutene i teamet tar kontakt med brukeren etter avslutning i stedet for fagkonsulenter ved helse- og sosialkontorene.

Erfaringene så langt viser at denne endringen øker sannsynligheten for at oppfølgingen blir gjennomført. Det er lettere for ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet å stille de riktige spørsmålene fordi de kjenner brukeren godt. Det skaper trygghet for både bruker og pårørende å få en oppfølgingssamtale, noe som også gjør den enklere å avslutte tilbudet. For noen brukere settes det mål for perioden fram til oppfølgingen.

I tillegg gir denne oppfølgingen teamet direkte tilbakemeldinger som kan bidra til utvikling av tjenesten. De vil på denne måten få førstehåndskunnskap om hvem som har effekt over tid, og hva som kan være årsaker til at noen ikke har det.

### Oppsummering fra kvalitative data

Stor pågang av brukere har ført til ventelister og redusert kapasitet til å ta imot nye brukere. Den største andelen er brukere som søker om økte tjenester på grunn av funksjonsfall. De fleste er i høy alder og har til dels omfattende funksjonssvikt ved oppstart

70 prosent av brukerne har hjemmesykepleie 3 måneder før oppstart. Mange av disse brukerne har hjemmesykepleie samtidig med hverdagsrehabilitering, og fortsetter med dette etterpå. Det er ønskelig å øke andelen brukere som avsluttes uten tjenester, og å unngå samtidige tjenester i perioden med hverdagsrehabilitering.

En del brukere faller fra tilbudet i løpet av den første uken på grunn av manglende motivasjon eller fordi de ikke fyller kriteriene.

Det er derfor nødvendig å se på kriteriene for å øke treffsikkerheten av hverdagsrehabilitering.

### Forbedringsområder:

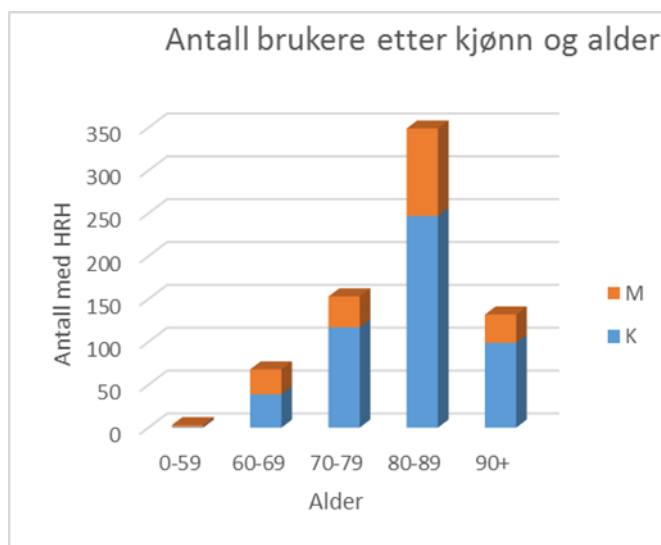
- Alderskriteriet bør endres til brukere under 65 år, dersom brukerne opplever funksjonsnedsettelse og vansker med daglige aktiviteter på grunn av inaktivitet.
- Fler menn bør rekrutteres til hverdagsrehabilitering
- Tidlig innsats ved begynnende funksjonssvikt er et av målene med implementering av hverdagsrehabilitering. Fler brukere som søker helse- og omsorgstjenester for første gang bør få tilbud. Dette gjelder spesielt brukere som er engstelige og redde for å falle.
- Motivasjon som kriterium bør tydeliggjøres og informeres om i oppstartsfasen
- Fastlegene må i større grad involveres i rekruttering av brukere.
- Eksisterende brukere som rekrutteres sent i forløpet har ofte behov for flere tjenester samtidig. Samhandling mellom de ulike aktørene er helt avgjørende for at disse brukerne skal oppleve et helhetlig tilbud og gode resultater. Alternative tiltak bør vurderes for å unngå doble tjenester, eventuelt bør tilbud om hverdagsrehabilitering kveld og helg vurderes.
- Oppfølgingssamtaler er viktig for å sikre at brukeren opprettholder sitt nye funksjonsnivå, og bør derfor prioriteres.

## Resultater kvantitative data

Metodikken som benyttes i hverdagsrehabilitering, har som mål å bidra til at kommunen levere «bedre og billigere» tjenester. Dette handler både om kvalitet i tjenestene som gis til den enkelte bruker, men også om å etablere mer bærekraftige tjenester som gjør oss i stand til å møte framtidens utfordringer på en bedre måte.

### Hvem er brukerne av hverdagsrehabilitering?

Figur 3 viser at de fleste brukerne som har hatt hverdagsrehabilitering etter oppstart i november 2012, har høy alder. De fleste brukerne er i aldersgruppen 80 – 89 år, og kvinner utgjør den største andelen. Selv om det er flere kvinner enn menn i de høye aldersgrupper, forklarer ikke denne forskjellen skjevfordeling av deltagere. Det bør derfor rettes større oppmerksomhet mot å rekruttere menn til hverdagsrehabilitering.



Figur 3. Antall brukere hverdagsrehabilitering i perioden november 2012 – mars 2016, fordelt på alder og kjønn

Hverdagsrehabilitering har vært under utvikling i Stavanger kommune siden november 2012. Blant annet er mer hensiktsmessige kartleggingsverktøy tatt i bruk etter oppstart. Short Physical Performance Battery (SPPB) måler fysisk funksjon og ble tatt i bruk høsten 2014. Canadian Occupational Performance Measure (COPM) måler brukers aktivitet og tilfredshet, men er ikke brukt regelmessig for alle brukerne. Dette betyr at det ikke er mulig å ta ut like data for alle brukerne som har mottatt hverdagsrehabilitering siden oppstart.

For å sikre god kvalitet i dataene er det viktig at kartleggingsverktøyene blir brukt for alle brukerne som gjennomfører hverdagsrehabilitering.

## Fysisk funksjon før og etter hverdagsrehabilitering

Hensikten med hverdagsrehabilitering er blant annet økt aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Fysisk funksjon blir kartlagt ved oppstart av hverdagsrehabilitering og ved avslutning. Måleverktøyet som brukes, er Short Physical Performance Battery (SPPB). Resultatene gir et objektivt bilde på endring i bruker sitt fysiske funksjonsnivå. Selv om testen er objektiv, kan variasjoner i dagsform spille inn på resultatet.

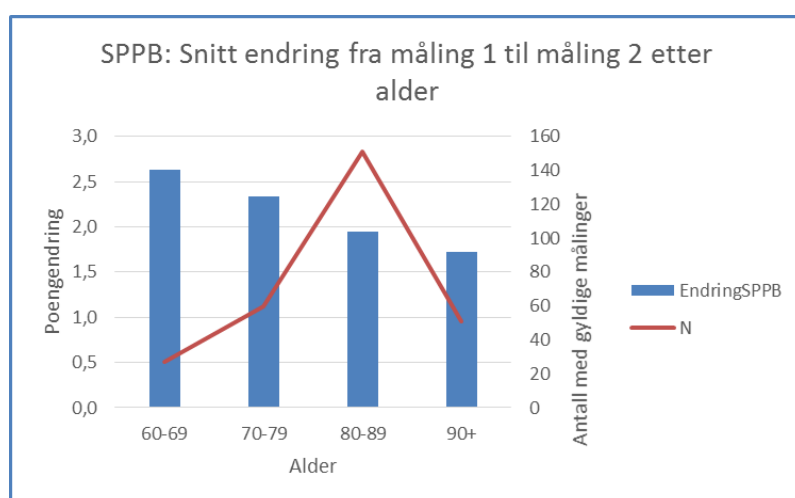
Figur 4 viser at hverdagsrehabilitering har god effekt på fysisk funksjon for alle aldersgrupper. Grafen «N» viser antall brukere i hver aldersgruppe. 28 brukere i alderen 60-69 oppnådde i gjennomsnitt en funksjonsendring på 2,6 poeng, 130 brukere i alderen 70 – 79 oppnådde en bedring på 2,4 poeng, 110 brukere i alderen 80-89 oppnådde 1,9 poeng og 50 brukere i alderen 90 pluss oppnådde 1,6 poeng endring.

Størst gjennomsnittlig endring ser vi i aldersgruppen 60-69 år. Dette funnet er sammenfallende med ansatte sine erfaringer; brukerne med begynnende funksjonssvikt i slutten av 60-årene, har stor effekt av hverdagsrehabilitering. Samtidig er det betydelig færre brukere i denne kategorien, slik at resultater hos enkeltbrukere kan slå ut i større grad enn i aldersgruppen 80-89 år som har flest brukere.

Resultatene støtter også teamet sin erfaring med at stort sett alle som får hverdagsrehabilitering får økt fysisk funksjon. Spørsmålet vil gjerne være hvor lenge denne effekten holder seg, noe vi antar kan ha sammenheng med hvor aktiv den enkelte er etter avslutning.

Short Physical Performance Battery er en screeningtest for fysisk funksjon. Testen inneholder tre deltester; statisk balanse, 4 meter gangtest og reise og sette seg 5 ganger. Hver deltest har en score på 0-4 poeng, og hele testen har en totalscore på 0-12. Alle testene skåres ut fra tid gjennomført på aktivitetene. Tolkning av resultatene er lav score: 0-6 poeng, middels score: 7-9 poeng og høy score: 10-12 poeng. En endring på 1 poeng på totalscoren er definert som klinisk meningsfull.

Testen tar 5-10 minutter å gjennomføre og krever lite utstyr (stol, stoppeklokke, målebånd og tape). Den kan benyttes både på institusjon og i hjemmet, og passer for et bredt spekter av brukergrupper. Den er egnet for å bruke både for å identifisere eldre med risiko for funksjonstap, måle ending av funksjon over tid, vurdere effekt av tiltak og gi felles referanseverdi om funksjon hos ulike brukergrupper, noe som igjen styrker informasjonsutveksling mellom fagpersoner og tverrfaglig samarbeid.



Figur 4. Endringer i fysisk funksjon fra oppstart til avslutning

## Hvordan vurderer brukerne sin egen forbedring?

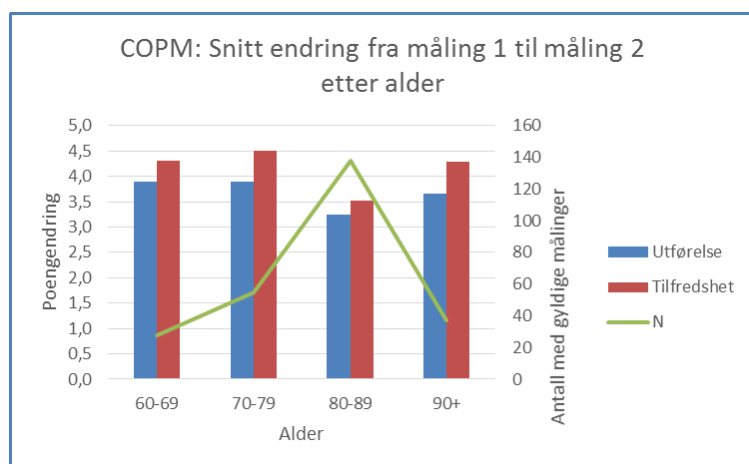
Brukeren velger og skårer sine egne mål for hverdagsrehabilitering. Aktiv medvirkning er viktig fordi det viser seg å gjøre rehabiliteringen mer effektiv<sup>3</sup>. For å styrke brukerinvolvering brukes The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som verktøy for å definere mål i rehabiliteringsplanen. Brukerens COPM skår måles ved oppstart og avslutning av hverdagsrehabilitering, på samme måte som SPPB. Brukerne skårer både hvordan de mener de utfører aktiviteten, og hvor tilfreds de er med dette. Metoden er brukt i hverdagsrehabilitering i de fleste norske kommuner.

Figur 5 viser hvordan brukerne i snitt skårer sin egen aktivitet og hvor tilfreds de er med måloppnåelsen, fordelt på alder. Grafen «N» viser antall brukere i hver aldersgruppe. 28 personer i aldersgruppen 60 – 69 år skåret 4,3 poeng på tilfredshet, 55 personer i alderes 70 – 79 skåret 4,5 poeng, 138 personer i alderes 80 – 89 år skåret 3,5 poeng og 37 personer i alderen 90 pluss skåret 4,2 poeng.

En gjennomsnittlig bedring på minst 3 poeng i alle aldersgrupper er et veldig bra resultat. Det er ikke store forskjeller mellom gruppene, men brukere som er mellom 70 og 79 år, har noe større bedring enn de andre gruppene.

Hverdagsrehabiliteringsteamet trekker fram COPM som en viktig indikator på resultater, fordi dette er brukeren sin egen vurdering. Resultatene viser at brukeren selv synes at hverdagsrehabilitering har god effekt.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er en metode utviklet for å beskrive og måle brukerens egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter. Den egner seg godt for å kartlegge og evaluere rehabiliteringsløp. Modellen innebærer et intervju hvor hovedhensikten er å bli kjent med brukeren, og der brukeren beskriver sine aktivitetsproblemer. Dette gir et grunnlag for å bli enige om mål og tiltak. Brukeren gir seg selv en skår (tallfestes) i forhold til hvor store problemer man har med å utføre aktiviteten. Dette gjøres på nytt ved avsluttet intervensjon, og man kan måle effekt av tiltak.

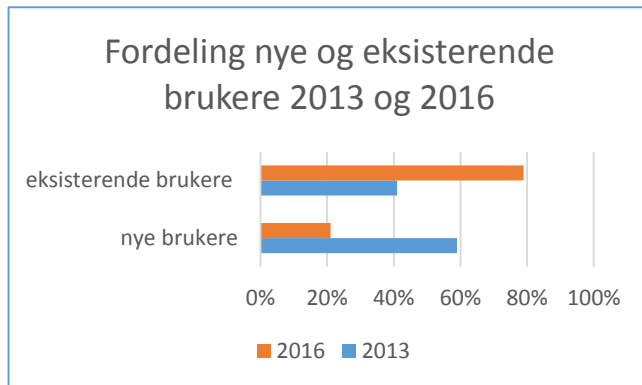


Figur 5. COPM skårefordelt på alder antall brukere.

<sup>3</sup> <http://tidsskriftet.no/article/1496880#reference-7>

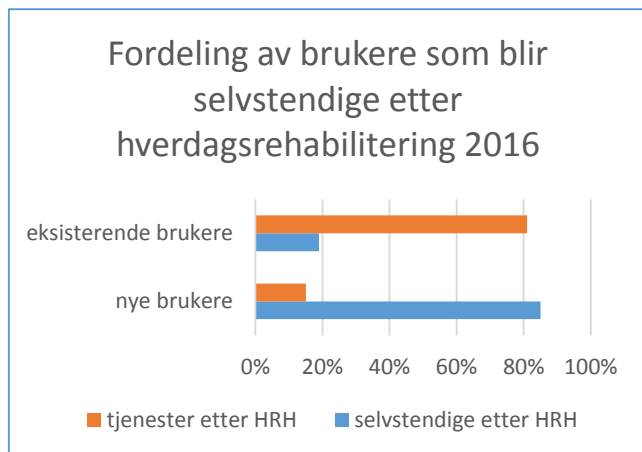
## Kan vi se en endring i brukernes behov for kommunale tjenester?

Stavanger kommune har som mål at flest mulig er aktive og klarer seg selv lengst mulig. For å vurdere om hverdagsrehabilitering har betydning for om brukerne klarer seg selv, har vi tatt ut oversikter som viser hvor mange nye og eksisterende brukerne som har tjenester (hjemmesykepleie, hjemmehjelp eller sykehjemsopphold) i tiden før og etter perioden med hverdagsrehabilitering.



Figur 6. prosentvis fordeling av nye og eksisterende brukere i 2013 og 2016

Figur 6 viser resultat fra pilotutprøvingen av hverdagsrehabilitering i 2013 sammenlignet med resultat fra denne evalueringen. I 2013 var 59 prosent nye brukerne, mens 41 prosent var eksisterende brukere. I denne rapporten er 21 prosent nye brukere og 79 prosent eksisterende brukere. Resultatene viser at målgruppen har beveget seg bort fra kriteriet *nye brukere med begynnende funksjonssvikt*.



Figur 7. Fordeling av nye og eksisterende brukere som blir selvstendige etter hverdagsrehabilitering (HRH)

Figur 7 viser at nye brukere som får hverdagsrehabilitering, i langt større grad oppnår selvstendighet enn eksisterende brukere. Blant de 491 eksisterende brukerne i denne rapporten, ble 19 prosent selvstendige etter hverdagsrehabilitering, mens 81 prosent hadde behov for tjenester. Blant de 129 nye brukerne som fikk hverdagsrehabilitering ble 85 prosent selvstendige mens 15 prosent hadde behov for tjenester etter hverdagsrehabilitering

	Totalt antall	Antall brukere med tjenester etter HRH	Antall brukere uten tjenester etter HRH
<b>Eksisterende brukere</b>	491	389	93
<b>Nye brukere</b>	129	20	109
<b>Brukere totalt HRH</b>	620	418	202

Figur 8. Antall brukere med og uten tjenester før og etter hverdagsrehabilitering (HRH)

Figur 8 viser at av totalt 620 brukere var det 202 (33%) som klarte seg uten tjenester etter perioden med hverdagsrehabilitering, 93 av disse var eksisterende brukere og 109 var nye brukere.

Disse resultatene viser at for å nå målet om flest mulig innbyggere skal bli aktive og klare seg selv, er det viktig å øke rekrutteringen av nye brukere som søker helse- og omsorgstjenester for første gang.

Utgangspunktet for disse to brukergruppene er forskjellig, rehabiliteringsfasen er ulik og brukerne kan ha ulike forutsetninger for å klare seg selv etter at perioden med hverdagsrehabilitering. Det har

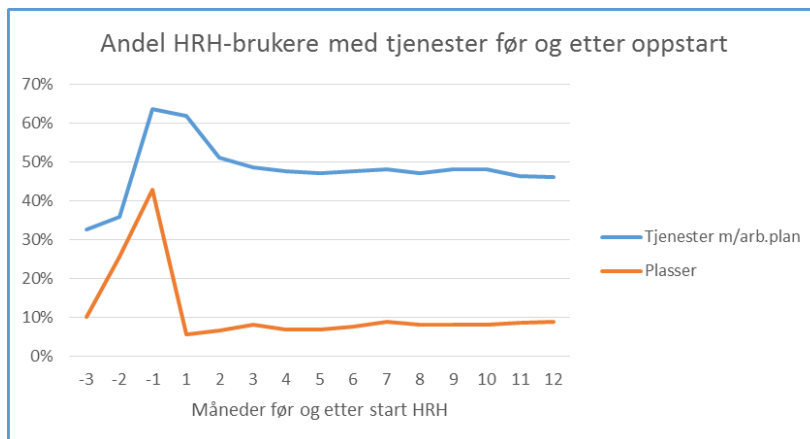
ikke vært mulig å ta ut tall fra fagsystemet som viser hvor stort omfang av tjenester brukerne har etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

En stor andel av de eksisterende brukerne kommer direkte fra sykehusopphold eller fra korttidsopphold i sykehjem. Disse brukerne har som regel opplevd en betydelig funksjonssvikt, hvor det ofte forventes lang tid med restituering og opptrening. Funksjonsmålingene viste imidlertid at alle brukerne som gjennomførte 4 ukers hverdagsrehabilitering, hadde en fysisk forbedring. COPM skåren viser også at brukerne er fornøye med aktivitetene og måloppnåelsen.

Resultat fra denne evalueringen viser at hverdagsrehabilitering gir gode resultat for begge gruppene, både nye og eksisterende brukere, men størst effekt for nye. Det er derfor nærliggende å tro at eksisterende brukerne klarer seg med mindre omfang av tjenester etter hverdagsrehabilitering enn de ville ha gjort med tradisjonell hjemmesykepleie. I det videre arbeidet blir det viktig å sikre at de eksisterende brukerne som ikke er i målgruppen får gode rehabiliterings- og mestringstilbud fra hjemmetjenesten og fysio- ergoterapitjenesten.

### Hva er gevinsten for kommuneøkonomien?

Før hverdagsrehabilitering ble implementert i Stavanger kommune, fikk brukere stort sett de tjenestene de søkte på, og ofte med en økning av tjenester over tid. Dette har vært en nasjonal problemstilling. Kommunene har hatt stort fokus på å gi helse – omsorgstjenester, mindre fokus på å støtte opp om rehabilitering og mestring for å kunne avslutte tjenester. Figur 9 illustrerer hvordan behovet for hjemmesykepleie og institusjon øker markant i forkant av oppstart av hverdagsrehabilitering. Reduksjonen i bruk av hjemmesykepleie er på ca. 15 prosent tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Dette viser at hverdagsrehabilitering bidrar til at flere brukere som tidligere ville fortsatt med tjenester, nå klarer seg uten tjenester selv etter perioder med økt behov. Det jobbes med å etablere bedre metoder for å ta ut data som sier mer nøyaktig endringer i behovene, slik at en får et bedre bilde av omfanget av behovet for de som trenger noen tjenester også etter rehabilitering og opptrening.

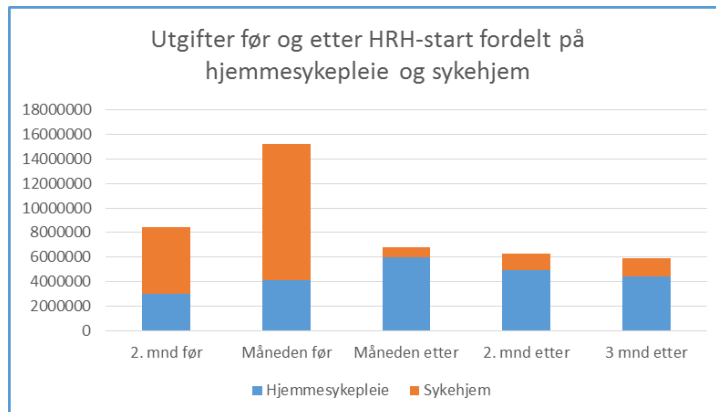


Figur 9. Tjenestebehov før og etter oppstart av hverdagsrehabilitering<sup>4</sup>

Ut fra tilgjengelig datamateriale er det gjort beregninger på sannsynlig innsparing på bruk av sykehjem og hjemmesykepleie etter implementering av hverdagsrehabilitering. Det er noe vanskelig å tolke disse resultatene siden vi ikke har kontrollgrupper å sammenligne med.

<sup>4</sup> Tjenester med arbeidsplan er hjemmesykepleie. Plasser er sykehjems plasser

Figur 8 viser at kostnadene for alle brukerne som har mottatt hverdagsrehabilitering, totalt er redusert med 8,5 millioner en måned etter oppstart, og 9,4 millioner 3 måneder etter, sammenlignet med måneden før. Den største reduksjonen skyldes at mange brukere raskt skrives ut fra sykehjem.



Figur 10. Kostnader før og etter hverdagsrehabilitering fordelt på hjemmesykepleie

Resultatene viser også en stor del av brukerne har «doble tjenester» det vil si tjenester etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Kostnadene for hjemmesykepleien isolert sett er litt høyere 3 måneder etter sammenlignet med 2 måneder før. Årsaken til dette kan være at 68 prosent av de som får hverdagsrehabilitering, er over 80 år, og mange er så syke at de har hatt behov for et sykehjemsopphold rett før oppstart av tjenesten. Tatt i betraktning at de som får

korttidsopphold er syke og skrøpelige, er det positivt at vi samlet får et så godt resultat 3 måneder etter for denne gruppen.

Implementeringen av en ny tjeneste krever tid for å få tilstrekkelig kunnskap og erfaring om hvem som har mest utbytte av tiltakene. Denne evalueringen bidrar til at vi i enda større grad klarer å identifisere flere i den «riktige» målgruppen. Det betyr imidlertid at noen av dem som har fått hverdagsrehabilitering fram til i dag, og dermed er inkludert i datamaterialet, ikke er de som har størst utbytte av tjenesten. Dette indikerer at vi har et potensiale til å få enda større økonomisk effekt når innretningen på tjenesten (kriterier, tildelingspraksis) er ytterligere justert.

*” Erfaringer så langt tyder på at det er en god investering å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser, i stedet for å gi mer og mer kompensierende bistand og pleie etter hvert som funksjonsevnen reduseres. Det gir et bedre liv for den enkelte og utsetter eller reduserer behovet for andre kostnadskrevende kommunale pleie- og omsorgstilbud.<sup>1</sup>*

Primærhelsemeldingen om hverdagsrehabilitering



## Konklusjon

Stavanger kommune gjennomførte en pilotutprøving av hverdagsrehabilitering i perioden 1. november 2012 til 30. april 2013. I 2014 ble hverdagsrehabilitering implementert i hele kommunen. Siden oppstart i 2012 har 620 personer gjennomført tilbudet.

Hensikten med evalueringen av hverdagsrehabilitering er todelt:

1. Undersøke om implementering av hverdagsrehabilitering i hele kommunen fortsatt har effekt for brukerne og for kommuneøkonomien
2. Identifisere forbedringsområder i det videre arbeidet

### Effekt for bruker og kommuneøkonomi

Hverdagsrehabilitering har god effekt for brukerne. Objektive målinger med kartleggingsverktøyet SPPB viser at hverdagsrehabilitering har effekt på brukernes funksjonsnivå i alle aldersgrupper, og størst effekt blant de yngste brukerne i alderen 60-69 år. Målinger som viser brukerne egenvurdering av oppnådd aktivitetsnivå og tilfredstillelse (COPM), viser at brukerne selv synes at hverdagsrehabilitering gir god effekt.

Sammenhengen mellom forbedret funksjonsnivå og økt aktivitet er velkjent. 33 prosent av brukerne blir selvstendige i daglige aktiviteter og klarer seg uten tjenester etter hverdagsrehabilitering. Også eksisterende brukere oppnår et økt funksjonsnivå. Dette innebærer at disse brukerne klarer seg med mindre tjenester etter en periode med hverdagsrehabilitering enn de ville gjort uten hverdagsrehabilitering.

Resultatene viser også en nedgang i utgifter til helse- og omsorgstjenester etter hverdagsrehabilitering. Kostnadene for alle brukerne som mottar hverdagsrehabilitering, er redusert med 8,5 millioner kroner en måned etter oppstart og med 9,4 millioner tre måneder etter.

### Forbedringsområder

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er nye brukere med begynnende funksjonssvikt, som søker om helse- og omsorgstjenester for første gang, eller brukere som søker om økte tjenester etter funksjonsfall. Evalueringen viser at målgruppen har beveget seg bort fra kriteriet *nye brukere med begynnende funksjonssvikt*. I 2013 var 59 prosent nye brukerne, mens 41 prosent var eksisterende brukere. I denne rapporten er 21 prosent nye brukere og 79 prosent eksisterende brukere.

Stor pågang av brukere fører til ventetid, noe som er uheldig for brukeren. Ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet trekker frem motivasjonen som en suksessfaktor for resultatene til den enkelte bruker. Det er derfor viktig å starte med hverdagsrehabilitering når motivasjonen er tilstede. I ventetiden kan det dessuten være behov for hjemmesykepleie, noe som kan bidra til ytterligere funksjonsnedsettelse og at brukeren blir vant til annen type hjelp der fokuset er annerledes.

Det er nødvendig å redusere ventelisten for å unngå at brukerne må vente på oppstart av hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering har dessuten et forholdsvis stort frafall i løpet av den første uken. Et annet forbedringsområde er derfor å se på årsakene til frafallet med mål om å øke treffsikkerheten ved å revurdere kriteriene for målgruppen.

Treffsikkerheten og effekten av tjenesten kan bedres ved å dreie målgruppen mot flere nye brukere som søker tjenester, i stedet for eksisterende brukere med stort hjelpebehov. Evalueringen viser at nye brukere er mer motivert og har større effekt av hverdagsrehabilitering. Nye brukere klarer seg

dessuten i større grad uten tilleggstenester og gjennomfører hverdagsrehabilitering med kortere treningsperioder.

For å redusere frafallet må også motivasjon som kriterium tydeliggjøres og informeres om i oppstartsfasen.

Målet med hverdagsrehabiliteringen er at effekten skal fortsette etter avslutning av tjenesten, ved at brukerne fortsetter med nye aktiviteter eller treningsprogram. Oppfølgingsamtaler er nyttig for å sikre at brukeren opprettholder sitt nye funksjonsnivå, og må derfor prioriteres.

Eksiterende brukere som ekskluderes fra hverdagsrehabilitering, må ivaretas gjennom andre tiltak i Leve HELE LIVET- strategien; eksempelvis mestringstilbud fra hjemmesykepleien, rehabiliteringstilbud fra fysio- og ergoterapitjenesten, hjelpemidler og selvstendighetsteknologi.

En bør fortsette arbeidet med å finne gode indikatorer som kan vise hvilke resultater dette har for kommuneøkonomien. Dette vil gi oss et godt helhetlig bilde som både belyser de personlige gevinstene, men også de økonomiske. På denne måten kan vi bedre vurdere effekten av nye måter å jobbe på som rigger oss for å ivareta framtidens behov.