

Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering

Sluttrapport følgeevaluering; oppsummering av tjeneste og modell

Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide

Drammen, 2021-05-24



Dokumentinformasjon

Tittel	Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS: Følgeevaluering, delrapport 5
Forfattere	Kristin Skeide Fuglerud, Bent Håkon Lauritzen og Hilde Eide
Dato	2021-05-24
Emneord	Rehabilitering, samfunnsbasert rehabilitering, innovasjon, samhandling i helse-tjenesten, personorientering, rehabiliteringsteknologi, velferdsteknologi, tjeneste-design, implementering,
Tilgjengelighet	Åpen
Antall sider	73
© Copyright	Universitet i Sørøst-Norge og Norway Health Tech

Forord

Behovet for forbedringer og økt innsats innen rehabiliteringsfeltet har vært påpekt fra ulikt hold og over flere tiår. Rehabiliteringsprosjektet som omtales i denne rapporten startet i 2016. I 2017 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. I 2018 ble Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator oppdatert, og vinteren 2021 kom en evaluering av opptrappingsplanen habilitering og rehabilitering.

Denne rapporten er den femte følgeforskningsrapporten om prosjektet Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold. Som følgeforskere har vi hatt tilgang til omfattende informasjon, bestående av møtereferater, notater, rapporter fra prosjektet. Som følgeforskere har vi også deltatt i arbeidsgrupper og diskusjoner i tillegg til dialogmøter med prosjektstaben. Prosjektet har lagt godt til rette for følgeforskningen gjennom å svare på spørsmål, dele materiell og legge praktisk til rette for våre forskningsaktiviteter.

Personer som har vært i et Rehabiliteringsforløp med støtte fra prosjektets ansatte, har deltatt i spørreundersøkelser, fokusgrupper og intervjuer. Ansatte i prosjektet har velvillig stilt opp i intervjuer og fokusgrupper. Personer fra andre miljøer og som har vært i kontakt med prosjektet har også bidratt i workshops og med gode og utfyllende svar på spørreundersøkelser.

Vi er utrolig takknemlige for å ha fått muligheten til å følge dette spennende arbeidet. Vi takker alle som på ulike vis har bidratt og delt av sine erfaringer. En ekstra stor takk til prosjektleder Kari Anne Dehli, leder for tverrfaglig rehabiliteringsteam Carina Kolnes og alle de andre i TVT, Kristian Devold, Alf Stausland Johnsen, Irene Teigen Paulsen prosjektets eminente referent de første årene, teknologiansvarlige Hilde Sørli og Lars Fredrik Martinsen, talpersoner for brukerperspektivet Arne Lein og Grethe Syljuåsen, og alle de andre som har deltatt prosjektet og prosjektets arbeidsgrupper.

Sist men ikke minst vil vi takke Helsedirektoratet for finansiering og oppfølging av prosjektet.

Mai 2021,
Hilde, Bent Håkon og Kristin

Innholdsfortegnelse

INNOVATIV REHABILITERING I INDRE ØSTFOLD, NASJONALT FORSØK MED KOMMUNAL REHABILITERING	I
SLUTTRAPPORT FØLGEEVALUERING; OPPSUMMERING AV TJENESTE OG MODELL	I
DOKUMENTINFORMASJON	II
FORORD	III
INNHOLDSFORTEGNELSE	IV
FIGUR OG TABELLOVERSIKT	V
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	2
1 INTRODUKSJON	6
2 UTVIKLING AV REHABILITERINGSMODELLEN «SAMFUNNSBASERT REHABILITERING»	8
2.1 OM COMMUNITY BASED REHABILITATION (CBR)	8
2.2 REHABILITERINGSPROSJEKTETS MODELL: SAMFUNNSBASERT REHABILITERING	10
3 FØLGEEVALUERING - DESIGN, METODE OG GJENNOMFØRING	12
3.1 TEMAER OG METODIKK FOR FØLGEEVALUERINGEN I 2020	12
4 REHABILITERINGSMODELLENS GRUNNLEGGENDE TJENESTER	15
4.1 PERSONPERSPEKTIV: PERSONEN SOM EIER AV EGEN REHABILITERINGSPROSESS	15
4.2 TVERRFAGLIG VURDERINGSTEAM (TVT) OG ENHET FOR REHABILITERING, LÆRING OG FRISKLIV	16
4.3 TVT VS. SEKSJON FOR SAMSKAPING, KOORDINERING OG INNTAK	20
4.4 INVOLVERING AV NÆRPERSONER OG LOKALSAMFUNN	21
4.5 SENER FOR INTENSIV REHABILITERING	23
4.6 DAGTILBUD	23
4.7 HVERDAGSREHABILITERING	24
4.8 BRUK AV TEKNOLOGI I REHABILITERING	25
4.9 KVALITETSREGISTER	27
5 LEDELSE, VERDISKAPING OG SPREDNING	28
5.1 PERSPEKTIVER PÅ LEDELSE AV PROSJEKTET	28
5.2 KOST-NYTT VURDERING AV PROSJEKTETS RESULTATER	32
5.3 IMPLEMENTERING AV REHABILITERINGSMODELLEN OG SPREDNING	37
6 REHABILITERINGSFELTETS KOMPLEKSITET OG MODELLENS BÆREKRAFT	42
6.1 ET KOMPLEKST ØKOSYSTEM	42
6.2 VURDERING AV REHABILITERINGSMODELLEN	43
6.3 LEDELSE	49
7 HVA KAN «SAMFUNNSBASERT REHABILITERING» BIDRA MED FREMOVER I NASJONAL SAMMENHENG?	51
8 REFERANSER	53

VEDLEGG 1: REHABILITERINGSPROSJEKTETS FORMÅL OG OVERORDNEDE MÅL	57
VEDLEGG 2: SAMMENDRAG FØLGEFORSKNING 2019.....	59
VEDLEGG 3: SAMMENDRAG FØLGEFORSKNING 2018.....	61
VEDLEGG 4: SAMMENDRAG FØLGEFORSKNING 2017.....	63
VEDLEGG 5. SAMMENDRAG FØLGEFORSKNING 2016.....	65
VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE OM LEDELSE	66
VEDLEGG 7: UTFØRERE AV FØLGEFORSKNINGEN	68
UNIVERSITETET I SØRØST NORGE	68
NORWAY HEALTH TECH	68
FØLGEFORSKERNE	69

Figur og tabelloversikt

Figur 1 Oversiktsbilde av noen av resultatene fra Rehabiliteringsprosjektet.....	3
Figur 2: Samfunnsbasert rehabilitering (revidert modell 2021)	11
Figur 3 Rehabiliteringsforløp TVT	17
Figur 4: Organisasjonskart for Helse og velferd i Indre Østfold kommune (IØK, 2020b)	19
Figur 5 Andel som har mottatt tjenester fra TVT fordelt på alder	32
Figur 6 Andel personer per diagnosegruppe som har mottatt tjenester	33
Figur 7 Gjennomsnittlig antall dager pr forløp i TVT 2017-2020	33
Figur 8 Antall dager mellom hendelser i forløp	34
Figur 9 Andel tid brukt på vurdering, tiltak og koordinering.....	34
Figur 10 Funksjonsnivå ved oppstart og avslutning av tiltak.....	35
Figur 11 Utvikling av funksjonsnivå over tid.....	35
Figur 12 Utvikling av grepstyrke over tid.....	36
Figur 13 Andel som har benyttet teknologi.....	36
Figur 14 Bruk av virtuell trening	36
Figur 15: Aktørkart for habilitering og rehabilitering	43
Tabell 1: Oversikt tema og metodikk for følgeforskningen.....	13
Tabell 2 Antall påbegynte rehabiliteringsforløp per aldersgruppe per år	32

Oppsummering og anbefalinger

Modell for Samfunnsbasert Rehabilitering

Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har i løpet av fem år lyktes med å utvikle en modell for «Samfunnsbasert rehabilitering» med personen som mottar rehabilitering i sentrum for tjenestene som utvikles. De har også lyktes i å implementere modellen som en egen enhet for Rehabilitering, læring og friskliv i den nye storkommunen Indre Østfold.

Rammeverk for «Community Based Rehabilitation -CBR» utviklet av WHO har inspirert utviklingen av rehabiliteringstjenestene i Indre Østfold. Modellen omfatter tverrfaglig rehabiliteringsteam, bruk av teknologi, dagtilbud, involvering av lokalsamfunnet, mestrings- og læringstilbud og sengeplasser for intensiv rehabilitering. Prosjektet har vist at det er mulig å koordinere komplekse rehabiliteringsaktiviteter i kommunal setting. Rehabiliteringsprosjektet erfarer at koordineringsarbeidet gir gevinster i form av tidlig igangsetting, mindre avbrudd og derved mer intensitet i rehabiliteringsforløpet. For å få til dette er både ledelse og et koordinerende tverrfaglig team TVT avgjørende.

Prosjektet har arbeidet etter en iterativ/syklisk metodikk, først med testing og justering av elementer i småskala, og deretter utviklet og implementert tjenesten i ordinær drift. Prosjektet har etter vår mening gode løsninger på flere av de utfordringene som er skissert i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Enhet Rehabilitering, læring og friskliv er organisert under seksjon Behandling og mestring. Både tittel på enheten og plassering i kommunen peker mot at rehabiliteringstjenestene er sentrale i arbeidet med helsefremming og folkehelse.

Involvering av lokalsamfunnet

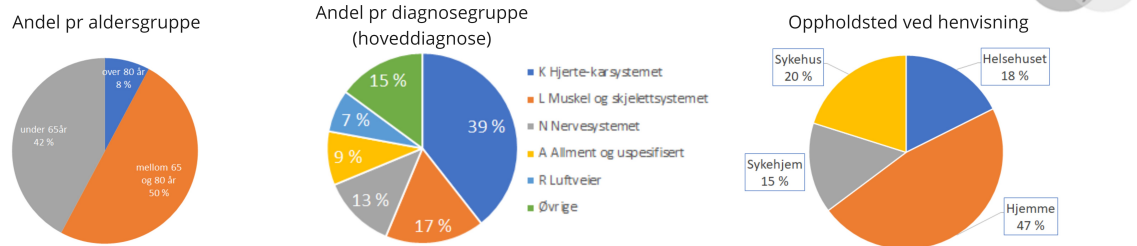
Allerede fra start og ved valg av samfunnsbasert rehabilitering som modell, har prosjektet hatt fokus på involvering av personen, pårørende og lokalsamfunnet i rehabiliteringsforløpet, det som omtales som høysesiden i modellen. Rehabiliteringsprosjektet har kommet et godt stykke på vei, og det er en god del eksempler på at de har fått til mye på dette området.

For virkelig å få integrert lokalsamfunnet i rehabiliteringsmodellen mener vi at dette området bør struktureres ytterligere og styrkes – da i et helhetlig kommunalt perspektiv. Politisk forankring og strategisk utvikling av samarbeidsmodeller med frivillighet og nærstående vil være nødvendig for å sikre tilgjengelighet, forutsigbarhet og kvalitet. Det kan være nødvendig å diskutere rammer og insentiver for deltakelse, og å utarbeide avtaler. Frivillige har ulike behov, noen ønsker faste rutiner og fast struktur, mens andre kan ta oppgaver på sparket. Frivillige har ulikt verdigrunnlag og det kan være nødvendig med avklaringer rundt dette også.

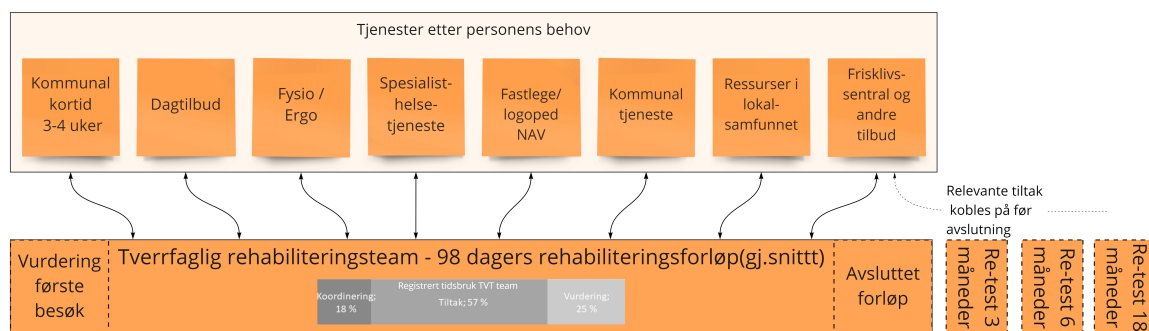
Prosjektet har vist muligheter og verdien av involvering av frivillige og nærstående. Nyttige erfaringer både rundt bruken av Nyby og samarbeide med ulike frivillige organisasjoner / nettverk kan utvikles videre til å bli et viktig element i en helhetlig rehabiliteringsmodell der personen ikke bare får faglig rehabiliteringsbistand, men også gjøres i stand til å delta i lokalsamfunnet.

Oversiktsbilde av hva rehabiliteringsprosjektet har oppnådd

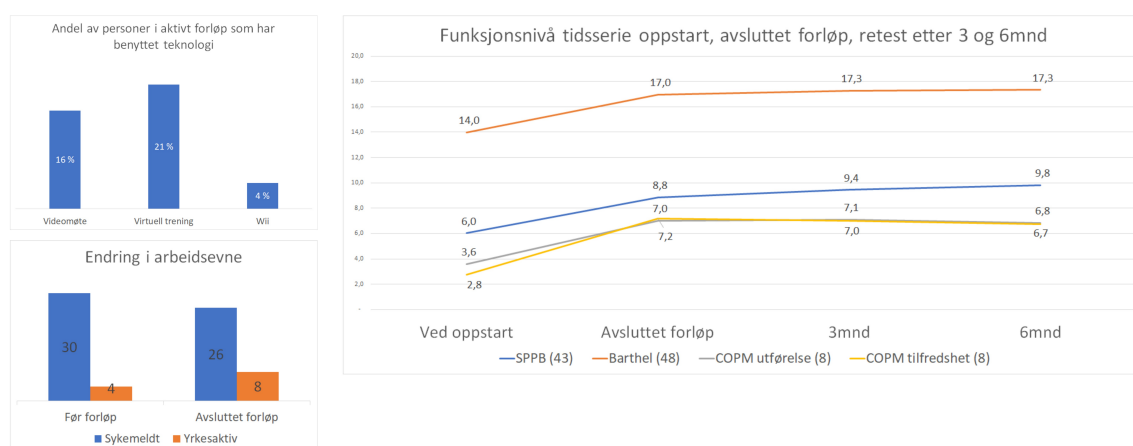
Om brukerne av tjenesten (totalt 208 forløp)



Rehabiliteringsforløp tverrfaglig vurderingsteam (TVT)



Noen resultater



Figur 1 Oversiktsbilde av noen av resultatene fra Rehabiliteringsprosjektet

Sommeren 2017 etablerte prosjektet et kvalitetsregister. Prosjektets analyse av 208 forløp i tverrfaglig vurderingsteam (TVT) frem til nyttår 2020 viser at:

-
- Halvparten av de som har fått tjenester har vært 64 år eller yngre
 - Hoveddiagnose for utvalget viser at særlig slagpasienter peker seg ut som en viktig gruppe (39% av totalt)
 - Prosjektet har mottatt pasienter som kommer både fra sykehus, institusjon og hjemmeboende
 - Arbeidstiden for TVT teamet består i snitt av 18% koordinering, 25% vurdering og 57% tiltak.
 - Et gjennomsnittlig forløp for TVT har vært på 98 dager
 - Mange brukere ønsker å benytte tilbud om teknologi i form av videomøter og virtuell trening.
 - Rehabiliteringsinnsatsen viser en signifikant funksjonsforbedring i løpet av forløpet og retester etter 3 og 6 måneder viser at funksjonsnivået er opprettholdt også etter endt forløp.

Prosjektet har hatt stor nytte av kvalitetsregisteret både i utvikling og monitorering av prosjektet, men også at analysene kunne dokumentere konkrete resultater og effekter av øket innsats på rehabilitering. Erfaringene fra arbeid med utvikling og drift av kvalitetsregisteret i Prosjektet kan være nyttig også for det videre arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer.

Teknologi i samhandling om rehabilitering

Teknologi er en viktig del av «Samfunnsbasert rehabilitering», og Rehabiliteringsprosjektet har vist at bruk av teknologi kan gi gevinster både i redusert kostnad og behandlingsintensitet. Den teknologiske «Verktøykassen» inneholder behandlingsteknologi (VR, spill), videomøter i samhandling og rehabilitering (Join, Confrere, Aktiveringsroboten Berntsen), og Imatis-systemet innad i TVT /prosjektet. Nyby er et lovende system for samfunnsdeltakelse; men det er ikke noe finansieringssystem for å dekke sektorovergripende lisenser. Mange apper utvikles som kunne vært tatt i bruk for å stimulere rehabilitering og mestring, men det mangler et system for finansiering. Det ville være ønskelig å utvikle et system der leger også kunne foreskrive e-helse-«resepter» i tillegg til «grønne resepter». Det er et stort potensial for å utvikle teknologi for behandling, og større fleksibilitet i bruk av standardiserte spill.

Det er behov for bedre integrasjon mellom systemer for å hindre dobbeltregistreringer og hensiktsmessig rolle- og tilgangsstyring som muliggjør deling av informasjon til relevant personell på tvers av sektorer. Det er også behov for enklere og mer automatikk i registrering av parametere som kan benyttes for å følge opp kvalitet på person- og tjenestenivå. Det mangler fortsatt et velfungerende digitalt samhandlingsverktøy for en individuell rehabiliteringsplan i Indre Østfold.

Anbefalinger for videre arbeid med Samfunnsbasert rehabilitering i nasjonal sammenheng

Rehabiliteringsprosjektet har adressert viktige områder i Opptappingsplanen på en god måte, og det er etablert kunnskap og erfaring i prosjektet som bør tas inn i arbeid med en nasjonal struktur.

Vi anbefaler rehabiliteringsenheten i Indre Østfold å fortsette arbeidet med digitalisering av rehabiliteringsforløp og videreføring av kvalitetsregistreringer for å følge opp og videreutvikle tjenestene. Videre anbefaler vi Indre Østfold å etablere en samlet strategi for involvering av lokalsamfunnet.

Det er fortsatt mye arbeid som gjenstår nasjonalt, og det bør vurderes å styrke rehabiliteringsområdet gjennom Helsefellesskapene. Erfaringer fra prosjektet bør tas med fordi de har funnet løsninger på utfordringer som evalueringen av opptrappingsplanen peker på som viktige for videre utvikling av et bærekraftig system for rehabilitering.

Indre Østfold har sammen med Sunnaas sykehus søkt om videreføring av arbeidet inn i et Nasjonalt utviklingssenter for rehabilitering felles for spesialist- og primærhelsetjenesten. På bakgrunn av at partene har fått til et velfungerende samarbeid er det grunn til å vurdere et slikt forslag.

Utviklingsarbeidet ville ikke vært mulig uten den store tilleggsfinansiering fra Helsedirektoratet som har vært øremerket prosjektet. Gjennom å ha en langsiktig plan og visjon, og å legge opp til en iterativ utvikling av denne, har prosjektet kunnet jobbe planmessig selv om finansieringen har vært usikker fra år til år. Et videre arbeid bør ha en større økonomisk finansieringsramme over noen år slik at det er mulig å bygge de nasjonale strukturene som er nødvendig for å få til et velfungerende økosystem for rehabilitering.

1 Introduksjon

Prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» startet i mai 2016 og er våren 2021 ferdig med sitt femte år med finansiering over statsbudsjettet. I denne rapporten omtaler vi dette prosjektet som «Rehabiliteringsprosjektet».

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset) ble etablert i 2012 som et interkommunalt selskap eid av kommunene Hobøl, Spydeberg, Trøgstad, Skiptvet, Eidsberg, Marker og Askim, med cirka 52 000 innbyggere til sammen. Fem av disse kommunene, Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad, ble per 1. januar 2020 slått sammen til en kommune med navn Indre Østfold i Viken fylke. Indre Østfold kommune har et samlet innbyggertall på rett under 45 000 innbyggere¹.

I 2016 fikk Helsehuset bevilget 5 millioner kroner til prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold», Rehabiliteringsprosjektet, som denne rapporten omhandler. Det har deretter blitt bevilget ytterligere 5 millioner kroner per år til videreføring i årene 2017 - 2020.

Rehabiliteringsprosjektet bygger på sentrale føringer for kommunal rehabilitering. Betydningen av et helhetlig perspektiv vektlegges, hvor personen er sentrum og man ser vedkommendes muligheter i sammenheng med faktorer i omgivelsene. Prosjektet har valgt å teste ut en modell de kaller samfunnsbasert rehabilitering. Denne modellen er inspirert av Verdens helseorganisasjon (WHO) sin modell kalt "Community Based Rehabilitation" (CBR)². Målsettingen er at personene skal tilbake til samfunnet, og at lokalsamfunnet involveres og bidrar gjennom rehabiliteringsforløpet.

Det har vært gjennomført følgeevaluering med litt ulikt fokus for hvert prosjektår. Dette har resultert i egne rapporter. Følgeforskningsrapporten fra det første året hadde fokus på brukermedvirkning, den valgte rehabiliteringsmodellen, prosjektarbeid og verdiskapning (Eide *mfl.*, 2017). Rapporten fra det andre året omhandlet brukermedvirkning, det tverrfaglige vurderingsteamets (TVT's) arbeidsmetodikk, forankringsarbeid i kommunen og grunnlag for måling av effekter av ny rehabiliteringsmodell (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2018). Den tredje rapporten hadde fokus på personen og lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringsforløpet, TVT's organisering og kapasitet, inkludert bruk av teknologi, Implementering, samt forankring og ny kommunestruktur (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2019). I den fjerde rapporten finner man en god del statistikk basert på prosjektets kvalitetsregister (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020). Man finner for eksempel oversikt

¹ [https://no.wikipedia.org/wiki/Indre_%C3%98stfold_\(kommune\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Indre_%C3%98stfold_(kommune))

² <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/> , <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>

over antall påbegynte Rehabiliteringsforløp, analyse av funksjonsnivå ved start og slutt, hvor personene er henvist fra og med hvilke hovedtyper av diagnoser, det tverrfaglige teamets tidsforbruk på ulike aktiviteter, samt bruk av teknologi som støtter opp under rehabiliteringen.

I denne femte rapporten er hovedfokuset på arbeidet fra mai 2020 til desember 2020, samtidig som vi også hever blikket og ser på arbeidet gjennom alle årene som helhet med tanke på overføringsverdi til andre kommuner. Hovedtemaene i denne rapporten er:

- Presentasjon av rehabiliteringsprosjektets modell og tjenester
- Vurdering av rehabiliteringsprosjektets tjenester
- Ledelse, verdiskaping og koordinatorrollen i lys av rehabiliteringsfeltets kompleksitet

2 Utvikling av rehabiliteringsmodellen «Samfunnsbasert rehabilitering»

Aktivitetene i Rehabiliteringsprosjektet er forankret i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015), samt Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (HOD, 2016). I løpet av Rehabiliteringsprosjektets første år ble det utarbeidet en rehabiliteringsmodell «Samfunnsbasert rehabilitering» og en handlingsplan for å implementere denne. Rehabiliteringsprosjektet sin versjon av Samfunnsbasert rehabilitering er inspirert av og bygger på verdens helseorganisasjon sine retningslinjer for samfunnsbasert rehabilitering, Community Based Rehabilitation (CBR)(World Health Organization, 2010). Bakgrunnen for rapporten fra WHO var at det er et økende behov globalt for å styrke rehabiliteringstjenester av høy kvalitet, og å gjøre slike tjenester tilgjengelig for alle som trenger det. Dette med utgangspunkt i at best mulig helse er en del av menneskerettighetene, men også fordi god rehabilitering gir sosiale og økonomiske fordeler. I følge WHO vil gode rehabiliteringstjenester gi fordeler for enkeltpersoner, samfunn og nasjonale økonomier. Dette fordi investering i rehabilitering øker menneskelig kapasitet og påvirker økonomisk produktivitet. Dette kan skje gjennom å bidra til at den enkelte oppnår og opprettholder optimal funksjon og derved kan øke sin deltakelse i samfunnet, som for eksempel i utdanning og i arbeid. Behovet øker på grunn av aldrende befolkninger, økende forekomst av ikke-smittsomme, sammensatte og kroniske sykdommer og et økende antall mennesker som lever med konsekvenser etter skade. Det er også forskningsmessig evidens for at rehabilitering kan motvirke funksjonsfall og øke livskvaliteten ved aldring. Hver enkelt anbefaling er gradert med tanke på styrke, det vil si hvor utvetydig anbefalingen er, og hvor gode de forskningsmessige bevisene er.

Innholdet i IRIØ-prosjektets modell har blitt utdypet og detaljert år for år gjennom arbeidsgrupper, brukerinvolvering, pilotutprøvinger og implementering.

2.1 Om Community Based Rehabilitation (CBR)

Allerede i 1978 ble Community Based Rehabilitation (CBR) initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som en strategi for å gi personer med funksjonsnedsettelse i utviklingsland bedre tilgang til helse- og rehabiliteringstjenester (WHO, 2010). Et hovedmål med CBR er å skape like muligheter og sosial inkludering for mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennom så god utnyttelse av lokale ressurser som mulig. Selv om CBR først ble utviklet for land med svært begrensede offentlige helse-tjenester, er CBR strategien anerkjent som generelt anvendbar og har fått en vid utbredelse. CBR er implementert i mer enn 90 land verden over (WHO, 2010). Forskning tyder på at CBR er minst like effektiv eller mer effektiv enn tradisjonelle tilnærminger også i høyinntekstland. Dette gjelder for eksempel rehabilitering av personer med hjerneskade hvor systematiske litteraturgjennomganger har vist at samfunnsbaserte tilnærminger gir bedre resultater når det gjelder psykososiale aspekter.

Denne typen tilnærming er også bedre akseptert av mennesker med funksjonsnedsettelse og deres nærpåersoner (WHO, 2010).

CBR-retningslinjene, som ble publisert i 2010, ble utviklet av WHO, Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO), FN's organisasjon for utdanning, vitenskap og kultur (UNESCO) og International disability development consortium (IDDC). Retningslinjene bygger på mer enn 30 års praksis og erfaringer, og skal gjenspeile en felles forståelse og tilnærming til CBR. CBR er sterkt påvirket av FN-konvensjonen for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Denne konvensjonen ble ratifisert av Norge i 2013 (BLD, 2013). Dermed er norske myndigheter forpliktet til å føre en politikk som gir personer med nedsatt funksjonsevne samme tilgang til sine menneskerettigheter som andre. CBR-retningslinjene kan ses på som et verktøy for å implementere konvensjonen (WHO, 2010). Konvensjonen kombinerer menneskerettighets-perspektiv med perspektiver på bærekraftig utvikling. Den legger vekt på like muligheter, nedbygging av barrierer i omgivelsene, tilbud om hjelpemidler, samt å fremme forskning, utvikling og bruk av teknologi som er tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse.

CBR bygger på en helhetlig forståelse av helse og livskvalitet og er tverrsektoriell. Dette synliggjøres gjennom den såkalte CBR-matrisen (CBR matrix) som består av fem hovedkomponenter: helse, utdanning, arbeid, sosial inkludering og empowerment³. Den siste komponenten, empowerment, vektlegger inkludering, involvering og mobilisering av personen selv, samt personens nærpåersoner og lokalsamfunn i alle utviklings- og beslutningsprosesser.

CBR-retningslinjene er ment å være fleksibel fordi lokal tilpassing, forankring, involvering og samarbeid er viktig. CBR anbefaler ikke sentral styring av alle komponenter i modellen, men vektlegger snarere partnerskap og distribuert ansvar for å oppnå et så helhetlig og rehabiliterende samfunn som mulig. Dette er viktig for å unngå konkurranse og duplisering av tjenester, samt best mulig bruk av eksisterende ressurser. Selv om ressurser fra eksterne kilder kan bidra til større løft i første omgang, oppfordrer CBR til å *bruke egne og lokale ressurser* for å løse utfordringene. Det vil bidra til bedre bærekraft på sikt. For å sikre og opprettholde engasjement fra alle samarbeidsparter vil det ofte være nyttig å utarbeide formelle samarbeidsavtaler eller kontrakter (WHO, 2010).

For å utvikle og implementere CBR anbefales en syklisk prosess som består av fire trinn; 1) situasjonsanalyse, 2) planlegging og design, 3) implementering og 4) evaluering. CBR-modellen kan

³ Myndiggjøring benyttes ofte som en oversettelse av det engelske begrepet empowerment.

være lokal, regional eller nasjonal. Uansett hvilket nivå modellen forankres i, legges det vekt på at tjenestene skal være så nærme personen selv og personens lokalsamfunn som mulig (WHO, 2010).

Videre er effektivt og godt lederskap sentralt for å implementere CBR. Bred involvering av alle interessenter gjennom alle utviklingstrinn er også viktig. En måte å få dette til på er å etablere komitéer for å støtte prosjektledelsen. Her kan f.eks. representanter for personer med funksjonsnedsettelse og deres familier, interesseorganisasjoner og myndighetene være representert. Det å få input fra interessenter kan gjøre det lettere å møte omgivelsene sine behov og dermed danne grunnlag for å opprettholde programmet på lang sikt.

Implementering av CBR har vist seg mest vellykket i de tilfeller man har støtte fra myndighetene og der hvor man er sensitiv for lokale faktorer, som kultur, økonomi, menneskelige ressurser og innspill fra interessenter, inkludert lokale myndigheter og interesseorganisasjoner. Det oppmuntres til å bruke og utvikle lokale ressurser framfor å benytte nasjonale ressurser. Videre legges det vekt på å bygge lokal kapasitet gjennom opplæring og bevisstgjøring. Det oppfordres til systematisk bruk av evaluering og kvalitetssikring for å vurdere effekter og gjennomføre kontinuerlige forbedringer (WHO, 2010).

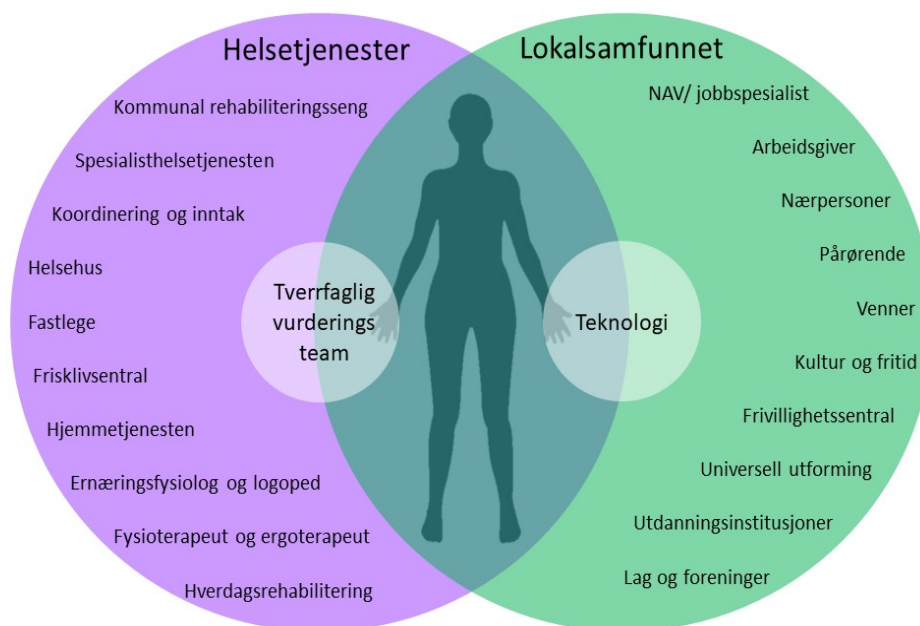
2.2 Rehabiliteringsprosjektets modell: Samfunnsbasert rehabilitering

Rehabiliteringsprosjektets modell er visualisert i Figur 2: Samfunnsbasert rehabilitering (revidert modell 2021): Samfunnsbasert rehabilitering nedenfor. Figuren viser personen som senter for samfunnsbasert rehabilitering. Dette er uttrykk for prosjektets personperspektiv, hvor myndiggjøring av personen og personens deltakelse er helt sentralt. Det innebærer at personen selv inntar en aktiv rolle.

Personens lokalsamfunn og omgivelser, som kan bidra positivt i en rehabiliteringsprosess, vises på den høyre siden i figuren. Helsevesenet, som har ansvar for rehabiliteringstjenester, vises på den venstre siden. Personen befinner seg i det overlappende feltet mellom de to sirklene Helsetjenester og Lokalsamfunnet. Dette illustrerer at modellen vektlegger en helhetlig tilnærming hvor helse-tjenester og lokalsamfunnet griper inn i hverandre.

For at modellen skal fungere best mulig er det viktig med tverrfaglig vurdering, gode overganger og samhandling. Det tverrfaglige vurderingsteamet (TVT) og teknologi vises som personens forlengede venstre og høyre hånd. Dette skal illustrere den sentrale rollen TVT og teknologi har i koordinering og samhandling mellom personen, de ulike helsetjenestene og lokalsamfunnet. De enkelte elementene i modellen er beskrevet nærmere i kapittel 4. En vurdering av modellen for Samfunnsbasert rehabilitering og alle elementene er en del av følgeforskernes sluttvurdering og presenteres i kapittel 6.2 i denne rapporten.

Samfunnsbasert rehabilitering



Figur 2: Samfunnsbasert rehabilitering (revidert modell 2021)

3 Følgeevaluering - Design, metode og gjennomføring

Prosjektet «Innovativ rehabilitering Indre Østfold» har vært avhengig av årlige bevilgninger over statsbudsjettet, og det var dermed naturlig også med årlige delprosjekter for følgeforskning i samsvar med bevilgningen. Første prosjektperiode var fra mai til desember 2016, andre periode fra mai til desember 2017 osv. Dette har resultert i 4 følgeforskningsrapporter før denne sluttrapporten. Sammendragene fra de tidligere følgeforsknings-rapportene er gjengitt i vedlegg 2-5.

Følgeforskningen har tatt utgangspunkt i et tverrfaglig perspektiv og følgeforskerne har også tverrfaglig bakgrunn. Hensikten har vært å få til en bred framstilling av et fenomen. Dette danner grunnlaget for anvendelse av et fler-metodisk design med innhenting av kvalitative og kvantitative data fra en rekke kilder (Andersen, 2017). Samtidig har forskerne også gitt innspill til prosjektet gjennom regelmessige dialogmøter i de årene prosjektet har blitt gjennomført.

Det anbefales også å benytte fler-metodisk design for å evaluere rehabilitering som bygger på CBR-modellen som IRIØ-prosjektet er inspirert av. Dette fordi modellen er tverrfaglig og tverrsektoriell (Grandisson *mfl.*, 2016; Grandisson, Hébert og Thibeault, 2017; Shumba, Haufiku og Mitonga, 2020).

3.1 Temaer og metodikk for følgeevalueringen i 2020

Nedenfor gis en oversikt over temaene for følgeforskningen for Rehabiliteringsprosjektets femte periode, og de viktigste datakildene for analysene innen hvert tema. Generelt kan det bemerkes at vi har benyttet dokumentasjon fra prosjektet selv i noe større utstrekning enn tidligere, både som følge av COVID19-situasjonen, men også fordi prosjektet selv har hatt omfattende delprosjekter der de selv har utarbeidet rapporter (blant annet fra arbeidsgrupper som har utredet delaspekter ved modellen. Intervjuer, fokusgrupper og workshops i 2020 og begynnelsen av 2021 er gjennomført ved hjelp av digitale samhandlingsverktøy.

Tabell 1: Oversikt tema og metodikk for følgeforskningen

Område for evaluering	Metode som er anvendt			
	Intervju Fokusgruppe	Deltagende observasjon	Dokument-analyse	Spørreskjema Kvalitetsregister
<i>Modellen som helhet / koordinering</i>		• Tjenestedesign workshop (TW) • Digital workshop: Møteplass om Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold (MIR)	• Møtereferater (MR) • Prosjekt-dokumenter og rapporter	• Kvalitetsregister • Spørreskjema (SS) • MIR-polls
<i>Bruk av teknologi</i>	• Fokusgruppe om bruk av teknologi (FT)	• Møter om teknologi (MT) • Webinarer om Rehabiliterings-teknologi (RTEK)	• Møtereferater • Prosjekt-dokumenter og -rapporter	• Kvalitetsregister • Spørreskjema (SS) • MIR-polls
<i>Ledelse</i>	• Intervjuer av prosjektleder og avdelingsleder(I)		• Møtereferater, • Prosjekt-dokumenter og -rapporter	
<i>Implementeringsstrategi og overføringsverdi</i>		• Digital workshop (MIR) • Webinarer om Rehabiliterings-teknologi (RTEK)	• Møte-referater, • Prosjekt-dokumenter og -rapporter	• Spørreskjema (SS) • MIR-polls • RTEK-polls

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av ny datainnsamling:

- Webinar om rehabiliteringsteknologi (RTEK), nov 2020, ca. 500 personer har sett på webinar. I direktesendingen var det 32 personer som svarte på spørsmål som ble stilt digitalt (RTEK-polls).
- Digital tjenestedesign workshop, 18 nov. 2020, 15 deltakere fra TVT, øvrige personer i Indre Østfold kommune, samt følgeforskerne. Kompleksiteten i tjenesten og samhandlingen ble belyst. Det ble tatt utgangspunkt i en personas-beskrivelse av en (fiktiv) person med slag. Deltakerne beskrev og diskuterte personens reise fra utskrivelse fra sykehuset og gjennom et Rehabiliteringsforløp.
- Digital fokusgruppe om bruk av teknologi (FT), 17. desember 2020, med 2 deltakere fra TVT og følgeforskerne.
- Digital workshop: Møteplass om innovativ Rehabilitering i Indre Østfold (MIR), 18 februar

2021. Halv dags workshop med 26 deltakere fra ulike steder i landet. Det ble samlet inn notater fra gruppearbeid, samt svar på spørsmål som ble stilt digitalt underveis (MIR-polls)

- Spørreskjema (SS) sendt ut til de som deltok på Digital workshop (MIR), se forrige punkt, 10 respondenter, fra Oslo, Viken, Vestlandet, Telemark og Rogaland. Det fleste deltakerne var fra kommunal helsetjeneste, mens noen var fra spesialisthelsetjenesten og fra universitet og høyskole. Deltakerne dekket ulike fagprofesjoner, inklusive sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiologi og helsenæringen.
- Intervjuer av prosjektleder og seksjonsleder om ledelse, april 2021.
- Dokumentanalyse. Rehabiliteringsprosjektet har produsert mye skriftlig materiale i form av notater, møtetreferater og en rekke rapporter gjennom årene. Alt dette materialet er ikke gjennomgått i sin helhet, men det er brukt som underlag i evalueringen.

Materialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse for å identifisere mønstre, temaer, og undertemaer i og på tvers av datamaterialet (Braun og Clarke, 2006, 2020; Crang og Cook, 2007).

Resultatene er presentert i 2 delkapitler; kapittel 4 Rehabiliteringsmodellens grunnleggende tjenester og kapittel 5 Ledelse, verdiskaping og spredning.

4 Rehabiliteringsmodellens grunnleggende tjenester

Rehabiliteringsprosjektets modell «Samfunnsbasert rehabilitering», (se Figur 2, side 11) er tilpasset norske forhold og mer spesifikt forholdene i Indre Østfold. Modellen legger vekt på tidlig igangsetting av et helhetlig Rehabiliteringsforløp som er avgrenset i tid. Den bygger på personens målsettinger som eier av sin egen rehabiliteringsprosess, tverrfaglig vurdering, samt sammenhengende og koordinerte forløp med høy intensitet.

Videre tar modellen utgangspunkt i at kommunen har en enhet for rehabilitering og at det etableres noen grunnleggende tjenester. Dette inkluderer ambulant tverrfaglig vurderingsteam (TVT), senger for intensiv rehabilitering, dagtilbud, lærings- og mestringstilbud samt bruk av ulike typer rehabiliteringsteknologi. De ulike elementene utdypes videre nedenfor. Beskrivelsen er basert på prosjektets rapporter og dokumenter, samt Tjenestedesign workshop (TV) og Fokusgruppe om teknologi (FT) som ble gjennomført mot slutten av 2020.

4.1 Personperspektiv: personen som eier av egen rehabiliteringsprosess

Et perspektiv som har preget prosjektet og rehabiliteringstjenestene som er utviklet er «Personperspektivet». Dette perspektivet knytter direkte an til overordnede, langsiktige tverrpolitiske ambisjoner og sentrale verdier i velferdsstaten, om å sette «pasienten først» (NOU 1997: 2) og å skape «pasientens helsetjeneste», Meld. St. 34 (2015–2016).

CBR legger vekt på empowerment. Det er ikke lett å finne en fullgod oversettelse av begrepet «empowerment» slik det er benyttet i CBR. Begrepet er omtalt i Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015), og oversettes her med myndiggjøring eller det «å gjøre sterk». Begrepet tillegges gjerne en tredelt betydning, som omfatter det å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til og å tillate (Helsedirektoratet, ingen dato). Det handler om å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse og å bidra til styrking og mestring gjennom bevisstgjøring, samt å legge til rette for at den enkelte kan ta ansvar for, og få kontroll i eget liv. Rehabiliteringsprosjektet behandlet disse temaene i en egen arbeidsgruppe, og dette arbeidet er beskrevet nærmere i rapporten «Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess» (Lein *mfl.*, 2018). Arbeidsgruppen diskuterte strategier, relasjonen mellom personen og tjenesteapparatet, samt implikasjoner for organisering og ledelse av rehabiliteringstjenestene. Kommunikasjonsformer og maktrelasjoner ble også diskutert. De problematiserte det norske begrepet myndiggjøring, og kom fram til at de istedenfor ønsker å snakke om «*personen som eier av sin egen rehabiliteringsprosess*».

Arbeidsgruppen vektla at personene og deres rehabiliteringsbehov er svært individuelle og dermed forskjellige. De sier at «*Det er helt vesentlig at tjenesteytere fra første stund har som utgangspunkt*

at personen er sentrum, og bygger opp under at personen skal ta ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess. Samtidig må vedkommende møtes på det nivået hvor vedkommende er og ut ifra den muligheten som personen reelt har til å styre og eie sin egen rehabiliteringsprosess.» Dette innebærer en felles lærings- og utviklingsprosess hvor person og fagperson står i et likeverdig veiledningsforhold til hverandre. Man må ta høyde for at dette er en prosess som krever tid og modning.

Arbeidsgruppen kom med en rekke anbefalinger for hvordan tjenesten må innrette seg for å støtte opp under personen som eier av sin egen rehabiliteringsprosess. Dette inkluderte blant annet

- bruk av samskapings- og kommunikasjonsverktøy,
- tidlig avklaring av personens motivasjon,
- individuell rehabiliteringsplan (IRP) som et styrende dokument,
- tilpassing av prosessen til personens forutsetninger og mål,
- bruk av teknologi som kan understøtte rehabiliteringsprosessen, og
- riktig kompetanse blant fagpersoner og ledelse i tråd med verdiene om at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess.

Det er også viktig at nærpersoner, som er en del av helheten, får forståelse for personens rehabiliteringsmål og hvordan de kan understøtte disse f.eks. ved å hjelpe personen med å utføre aktiviteter istedenfor å ta over aktiviteter. Det ble også anbefalt at likepersoner blir tilknyttet lærings- og mestringsarbeidet. Videre ble det anbefalt en organisering som støtter opp under rehabiliteringstjenesten som et eget fagområde og legger til rette for samarbeid med enheter som har samfunnsdeltakelse som målsetting (Lein *mfl.*, 2018).

4.2 Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og Enhet for rehabilitering, læring og friskliv

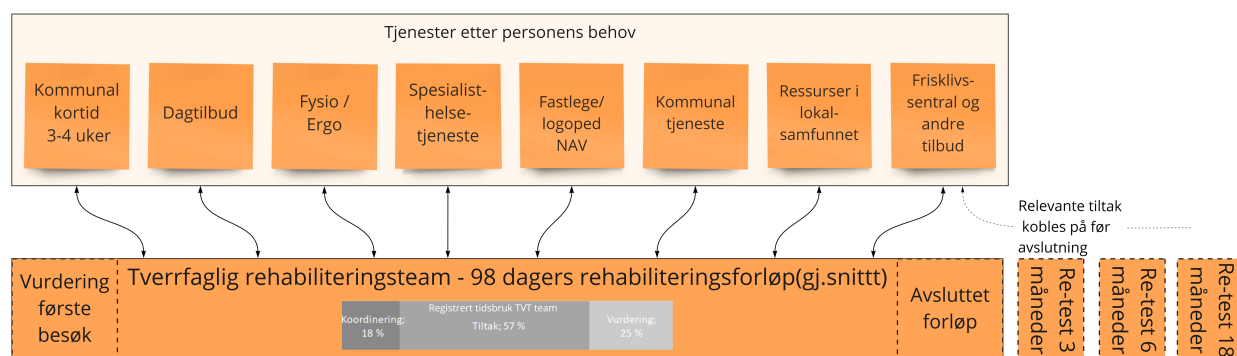
Koordinering og samarbeid er en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud (HOD, 2016). TVT har en viktig rolle i modellen samfunnsbasert rehabilitering, og har som utgangspunkt at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess.

TVT er nå per mai 2021 organisert som en integrert del av kommunens rehabiliteringstjeneste. De skal, i samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunens helsetjenester sikre tverrfaglig intensiv rehabilitering av høy kvalitet. TVT skal jobbe ambulant, utføre tidlig tverrfaglig vurdering. Videre skal de igangsette rehabiliteringstiltak og koordinere Rehabiliteringsforløp. TVT består av personen som er i et Rehabiliteringsforløp, ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Fagpersonene i TVT skal veilede personer som har opplevd funksjonssvikt og som har behov for

rehabilitering. Målgruppen er voksne personer over 23 år med behov for rehabilitering, og hvor rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordringen.

TVT skal ha fokus på tidlige vurderinger og rask igangsetting og må ha høy rehabiliteringsfaglig kompetanse for å kunne sette i gang treffsikre tiltak. I prosjektets rapport om Tverrfaglig rehabiliteringsteam vektlegges generalistkompetanse framfor spesialistkompetanse: «Et viktig skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester er at de kommunale tjenestene i hovedsak skal være generalistbaserte, ikke oppdelt i spesialiserte enheter. Dette må balanseres mot behovet for å samle og systematisere nødvendig fagkompetanse innen ulike områder. Rehabilitering i kommunen bør derfor organiseres mest mulig som et generalisttiltak, ulike typer Rehabiliteringsforløp skal kunne håndteres av det samme tverrfaglige miljøet, ikke en spesiell faggruppe for hver type rehabiliteringsbehov.» (Arbeidsgruppen TVT, 2017).

TVT har to ukentlige møter for diskusjon, samordning, planlegging og oppfølging hvor man går gjennom personene og deres mål. I disse møtene benyttes tavleløsningen til Imatis for planlegging og koordinering. Teamleder har som oppgave å holde fokuset på rehabiliteringsmodellen og en tverrfaglig arbeidsmåte. Det er laget en oversikt over modellen og alle verktøyene som benyttes for kartlegging og tiltak, til bruk for ansatte i teamet. Det legges vekt på tverrfaglighet og ikke bare flerfaglighet, blant annet gjennom at alle fagpersonene kjenner alle de standardiserte test-verktøyene, uavhengig av fagbakgrunn. Figur 3 gir et oversiktsbilde av et Rehabiliteringsforløp i TVT.



Figur 3 Rehabiliteringsforløp TVT

På det første vurderingsbesøket legges det vekt på å etablere god dialog og forståelse for situasjonen, samt at man gjennomfører funksjonstester og kartlegging. Nærperson er til stede dersom ønskelig og mulig. Det hender også at andre deltar, f.eks. saksbehandler fra Koordinering og Inntak dersom personen ønsker det. TVT har valgt seg et knippe standardtester. Disse testene er Barthel ADL index, Short Physical Performance Battery (SPPB), The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Grip-it (hand-dynamometer). Det er gjennomført retester 3, 6 og 18 måneder etter avsluttet forløp. Det kan suppleres med andre tester dersom det er relevant. Se mer om valg av tester i Rehabiliteringsprosjektets rapport (TVT, 2017).

Personen starter, så tidlig som mulig og med veiledning og eventuell hjelp fra TVT, å sette seg rehabiliteringsmål. Dersom man ikke blir ferdig med alle tester og den individuelle rehabiliteringsplanen (IRP) på første vurderingsbesøk, legges det opp til et nytt besøk ganske raskt.

Personen beskriver sine rehabiliteringsmål i sin individuelle rehabiliteringsplan. Dette skrives for hånd på en mal som er printet ut på papir (se mer om behov for teknologi i kapittel 4.8). I hvilken grad personen skriver selv, eller TVT bistår med dette, avhenger av personens funksjon og ønske. Dokumentet oppbevares av personen slik at vedkommende har dette for hånden. Personen kan velge å vise dokumentet til andre formelle og uformelle hjelpere, slik som nærpåersoner eller hjemmetjenesten. På den måten kan de også få kjennskap til og støtte opp under personens rehabiliteringsmål. I tillegg til at personens målsettinger blir dokumentert i personens IRP, sørger TVT for at den individuelle rehabiliteringsplanen registreres i personens journal (Gerica) og at målene legges inn i TVT sitt prosessstyringsverktøy (Imatis).

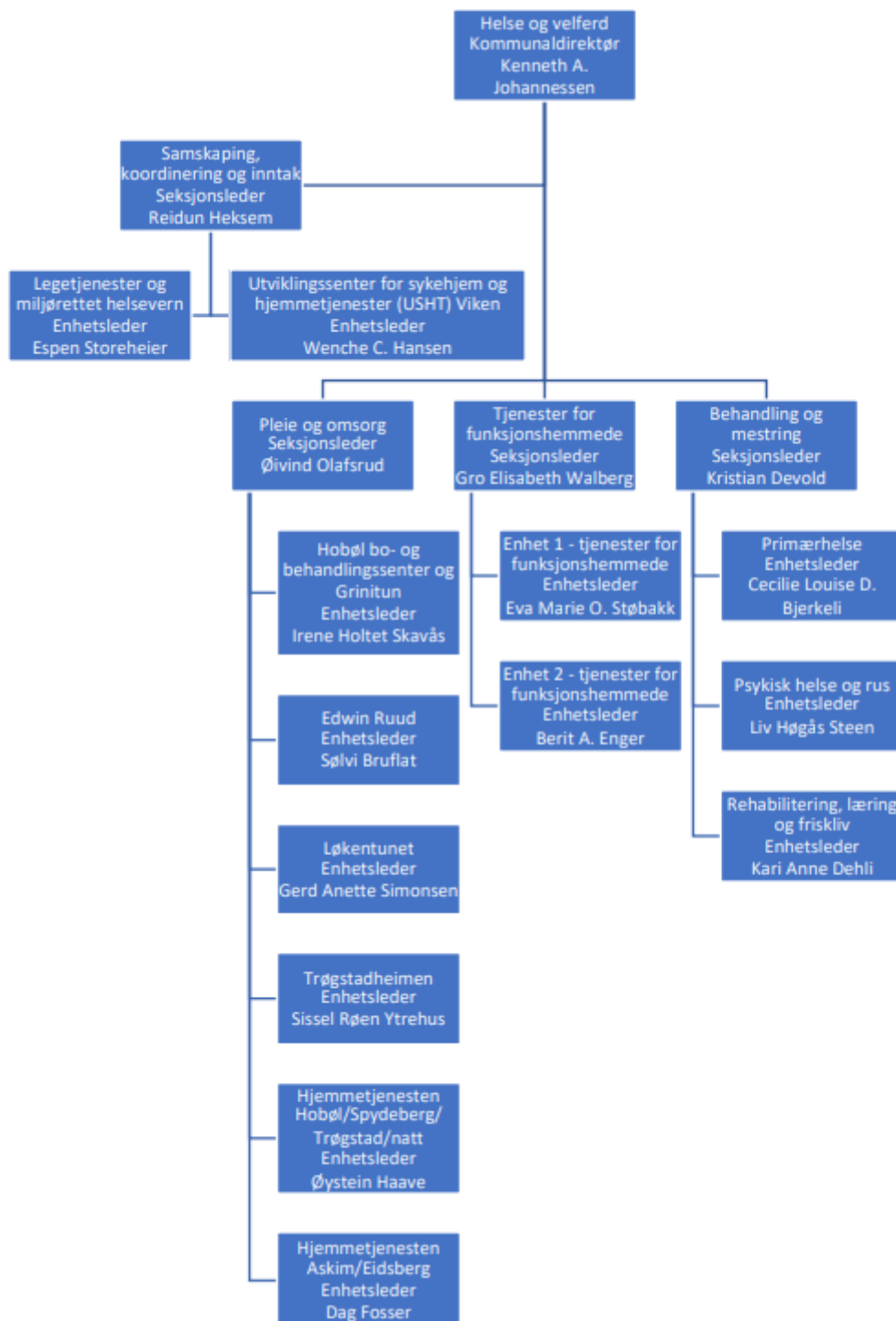
TVT vurderer behovet for å involvere ytterligere ressurser. For eksempel kan de involvere fysio- eller ergoterapeut kollegaer som forsterkning for å oppnå ytterligere intensitet, eller de kan involvere fagpersoner med kompetanse de selv ikke dekker, f.eks. fastlege, psykisk helse og rus, logoped, jobbspesialist, ernæringsfysiolog og spesialister på sykehus. Det kan også være aktuelt at personen deltar i dagtilbud eller lærings- og mestringstilbud.

Dersom personen har behov for hjemmesykepleie vil de ofte allerede ha skaffet til veie enklere hjelpemidler fra kommunens korttidsutleie før TVTs første vurderingsbesøk (TW). Ved ytterligere behov, eller endrede behov samhandler også TVT med kommunens korttidsutlån av hjelpemidler. I noen tilfeller kan det være behov for ytterligere tiltak f.eks. til utbedring av adkomst dersom personen er avhengig av rullestol (TW). I slike tilfeller kan TVT koble på boligkontoret i kommunen eller skaffe tilveie ekstra hjelpemidler for midlertidig bruk. Man avventer imidlertid å søke varige hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen i tidlig fase av forløpet fordi målet er å få tilbake mest mulig funksjon før man setter i gang dette (TW). Dette i tråd med prinsippet om at habilitering og rehabilitering skal vurderes før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Transport til aktiviteter kan også være en del av TVT sitt kartleggings- og koordineringsarbeid, se også kapittel 4.4.

TVT sin rolle er utdypet i prosjektrapporter (Arbeidsgruppen TVT, 2017; TVT, 2017). En egen rapport beskriver ivaretagelse av ernæringsssituasjonen i et rehabiliteringsforløp (IRIØ, 2019).

Underveis har TVT dokumentert dato for henvisning, første vurdering, avslutning av forløpet, testresultater fra oppstart og fra retester, og en del andre parameter i sitt interne kvalitetsregister. På bakgrunn av disse registreringene ser man blant annet at gjennomsnittlig forløp har vart i 98 dager, og tidsbruk fordelt på koordinering (18%), tiltak (57%) og vurdering (25%), som vist i Figur 3. (Se mer om kvalitetsregisteret i kapittel 4.9, og om kost-nytte vurderinger på bakgrunn av

registreringene i kapittel 5.2).



Figur 4: Organisasjonskart for Helse og velferd i Indre Østfold kommune (IØK, 2020b)

Rehabiliteringsprosjektet har opparbeidet en betydelig rehabiliteringsfaglig kompetanse, og har fra tidlig i prosjektet jobbet strategisk for å få etablert rehabilitering som en egen enhet, ikke organisert som en del av pleie og omsorg. Ny organisering av Helse og velferd i Indre Østfold kommune vises i Figur 4. Organisasjonskartet viser hvordan seksjon for Samskaping, koordinering

og inntak (K&I) og seksjon for Behandling og mestring, hvor Rehabilitering, læring og friskliv hører til, er plassert i forhold til hverandre. TVT har arbeidet med ansvars- og rolleavklaring i forhold til eksisterende tjenester. TVT har teamkoordinator som deltar på ukentlig møteplass med K&I og inntaksmøte i enhet Rehabilitering, læring og friskliv. I neste delkapittel gis en overordnet beskrivelse av samhandlingen mellom TVT og K&I.

4.3 TVT vs. seksjon for Samskaping, koordinering og Inntak

Etter helse- og omsorgslovgivningen er kommunene pålagt å tilby alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester en koordinator og en individuell plan. Dette skal bidra til samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Derfor må Koordinerende enhet ha god kjennskap til de ulike instanser og aktører, både i og utenfor offentlig helse- og omsorgstjeneste, som kan bidra positivt i et Rehabiliteringsforløp.

I starten av prosjektet ble grenseoppganger mellom koordinering og inntak versus TVT diskutert. For ikke å skape et nytt forvaltningsnivå ved å legge henvisning rett til TVT, anbefalte Rehabiliteringsprosjektet at henvisning skulle gå til koordinerende enhet i den enkelte kommune (Arbeidsgruppen TVT, 2017). En forutsetning for dette var tett samhandling mellom TVT og de ulike koordinerende enhetene i kommunene for å sikre rask igangsetting. Det var en utfordring at inntakskontor og koordinerende enhet var organisert på ulike måter i kommunene som var tilknyttet Helsehuset IKS. Evalueringen av opptrappingsplanen understreker at ulik organisering av koordinerende enhet er en generell utfordring (KPMG, 2020). Etter sammenslåingen til Indre Østfold kommune har dette blitt enklere da det nå kun er en seksjon (K&I) å forholde seg til.

Alt personell innen helse-, omsorgs- og velferdstjenestene bør ha tilstrekkelig kompetanse til å identifisere mulige behov for habilitering og rehabilitering slik at de kan melde dette videre (Helsedirektoratet, 2015). TVT har fra start vært opptatt av informasjonsspredning og bevisstgjøring om rehabilitering, og at det skulle være lav terskel for å ta kontakt vedrørende behov for tverrfaglig vurdering og henvisning. De har lagt opp til at personer kan bli henvist direkte til TVT fra ulike steder, som fra spesialisthelsetjenesten, fra fastlege eller andre fagpersoner i kommunen, fra personen selv eller nærpå personer eller via K&I. TVT har lagt vekt på å gjøre seg kjent. Det ble laget informasjonsbrosjyre og gjennomført informasjons- og dialogmøter med aktuelle samhandlingsaktører. De har også utarbeidet en mal for henvisning som er distribuert, se prosjektets evalueringsrapport fra pilotutprøving av tverrfaglig vurderingsteam (TVT, 2017). Henvisningen kan komme på ulikt format, f.eks. som elektronisk henvisning (eLink) eller PLO melding fra sykehuset. I forbindelse med innføringen av GDPR tok prosjektet også initiativet til et overordnet felles sikkerhetsarbeid, inkludert informasjonssikkerhet, personvern, risikovurderinger. Fordi belegg og belastning kan variere, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, vil det å ha en dialog for sammen å finne løsninger kunne være hensiktsmessig. For eksempel kan det, på grunn

av ventelister til rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten eller i en kommune, hende at personer må reise hjem til tross av at sykehuset anbefaler rehabilitering på institusjon. Da vil det være aktuelt å vurdere hvordan TVT kan gå inn slik at rehabiliteringen allikevel kan starte mens man venter på rehabiliteringsopphold, dette for å sikre rask igangsetting. TVT legger vekt på fleksibel og dynamisk organisering slik at de kan foreta rask vurdering.

Mottatte henvisninger blir drøftet i TVT og personen får en kontaktperson. Kontaktpersonen er ansvarlig for å avtale tidspunkt for et første vurderingsbesøk med personen selv og eventuelle andre, utover TVT som skal delta i vurderingsbesøket. Den gjennomsnittlige tiden det tar fra henvisning til opprettelse av kontaktperson er 2 dager, og til første hjemmebesøk er gjennomført tar det i gjennomsnitt 5 dager (se Figur 8 på side 34). For prioriterte grupper, slik som slagpasienter går det raskere. I slike tilfeller hender det at TVT omprioriterer for å kunne gjøre en tidlig tverrfaglig vurdering.

For å sikre kort avstand mellom vedtaksfunksjonen og utøverfunksjonen har TVT ukentlige møter med K&I. Dersom TVT anbefaler igangsetting av et rehabiliteringsforløp, vil de sette dette i gang umiddelbart. Innen kort tid (maks 14 dager), sendes en melding til K&I med oversikt over hva som er fokus i rehabiliteringen, omfang, tid og forslag til et vedtak. I overenskomst med K&I blir koordinering av rehabiliteringstjenester tatt hånd om av TVT i den tiden personen får tjenester fra TVT.

Etter endt rehabiliteringsforløp sendes den individuelle rehabiliteringsplanen til K&I med eventuelle forslag til oppfølgingstiltak. Dette benyttes som grunnlag i en eventuell individuell plan (IP).

4.4 Involvering av nærpersoner og lokalsamfunn

Målet for rehabiliteringen er at personen kan mestre eget liv, slik personen selv definerer det, med sine utfordringer i sitt lokalsamfunn (Paulsen og Delhi, 2019). Dette inkluderer arbeidsliv, skole og fritid. Rehabiliteringen handler om å veilede personer som på grunn av sykdom og skade har mistet noen funksjoner. Det er viktig å fokusere på deltakelse og aktivitet med utgangspunkt i personens situasjon, preferanser og drømmer. Rehabiliteringsprosjektets visjon har vært å arbeide for å skape det rehabiliterende lokalsamfunn, som legger til rette for at personer kan delta i aktiviteter, enten det er innenfor arbeidsliv, skole, kulturliv, fritidsarenaer og alle de andre sosiale arenaer som hver enkelt ønsker å være en del av (Lein *mfl.*, 2018).

Lokalsamfunnet som ressurs handler derfor om ulike aspekter, som sosial kontakt, aktivitet, trening og deltagelse i arbeid, lag og foreninger. Deltakelse i arbeid, lokalsamfunn, frivillige lag og foreninger har en verdi i seg selv, men også tilleggsverdier i form av for eksempel økt fysisk aktivitet, tilhørighet, følelse av mestring sosialt nettverk og fellesskap. Deltakelse i lokalsamfunnet kan være særlig viktig etter sykdom og skade, og for å motvirke ensomhet. Det kan bidra til å opprettholde håp, optimisme og motivasjon (Paulsen og Delhi, 2019). En viktig del av TVT sin

kartlegging handler derfor om hvilke arenaer personen har vært aktiv i og ønsker å delta i. Dette er også en grunn til at TVT legger vekt på at de den initielle vurderingen er tverrfaglig. Hver profesjon kommer med sine faglige briller. Selv etter lang tid med trening i tverrfaglig vurdering kan det f.eks. være lettere for en fysioterapeut å ta tak i de fysiske utfordringene, mens en sykepleier eller ergoterapeut naturlig vil ha øye for andre problemstillinger (TW).

Mange av personene som er i et Rehabiliteringsforløp har tidligere deltatt i fritidsaktiviteter. De kan være bekymret for hvordan de skal få dette til etter endring i helsetilstand og funksjon. Noen har mistet førerkortet. For å sikre muligheten for deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet er det helt essensielt at det legges til rette for å kunne komme inn og ut av egen bolig. Dette er en del av TVT sin kartlegging, se kapittel 4.2. Dersom personens målsetting innebærer transport for å delta i spesifikke aktiviteter, vil transportmuligheter kunne være en del av TVT sitt kartleggings- og koordineringsarbeid. Transport kan være en stor utfordring for mange, og er en arena hvor frivillige kan spille en sentral rolle. I enkelte tilfeller der deltakelse på spesifikke arenaer har vært viktig for en person, har TVT, etter personens ønske, kunnet ta på seg rollen som en bekjent av personen og fulgt vedkommende til aktiviteten for å bidra til at personen kunne komme i gang med denne (TW).

For personer som har som mål å komme tilbake til arbeid er det etablert et samarbeid mellom NAV og TVT om individuell jobbstøtte (IPS). En jobbspesialist fra NAV deltar regelmessig i møter med TVT, og gir tett oppfølging opp mot arbeidsgiver eller utdanning, enten personen skal tilbake til tidligere arbeid, eller det er behov for å tenke nytt. IPS-modellen er en internasjonalt kjent metode for oppfølging av arbeidssøkere som har behov for mer hjelp til å finne en varig jobb enn det en vanlig saksbehandler kan gi (Schönfelder *mfl.*, 2020). Dette er et tilbud som i utgangspunktet er rettet mot og prøvd ut for arbeidssøkere med moderate og alvorlige psykiske lidelser, med eller uten kombinasjon med ruslidelser. TVT sin erfaring er at IPS også er en nyttig tilnærming for personer med somatiske utfordringer (TW). Jobbspesialisten blir ofte introdusert i et felles møte med personen og TVT, og deltar deretter i møter med personen og arbeidsgiver. TVT opplever at IPS bidrar til et tett og godt samarbeid med arbeidsgiver, og at dette gir større muligheter for å finne gode individuelle løsninger.

Rehabiliteringsprosjektet har hatt dialog med kommunens seksjon for stedsutvikling og innbyggertorg som er positive til Rehabiliteringsprosjektets tanker om involvering av frivilligheten. Av ulike årsaker, som kommunesammenslåing, økonomiske utfordringer samt koronasituasjonen har dette samarbeidet gått noe sakte.

Hvordan bidra til et «rehabiliterende lokalsamfunn» gjennom å mobilisere ressurser i lokalsamfunnet er utdypet i rapporten «Helhetlig forløp - lokalsamfunnet som ressurs i personens Rehabiliteringsforløp» (Paulsen og Delhi, 2019).

4.5 Senger for intensiv rehabilitering

Helt siden første prosjektår, i 2016, har det vært en målsetting å få etablert senger for intensiv rehabilitering i Indre Østfold som erstatning for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene. Noe som realiseres fra juni 2021. Bakgrunnen for dette var forskning som viser at spesialiserte rehabiliteringsplasser kan gi høyere funksjon på kortere tid og bedre opprettholdelse av funksjon etter rehabiliteringen enn tradisjonelle sengeplasser for rehabilitering som en del av helse- og omsorgstjenesten (Johansen *mfl.*, 2011, 2012).

Dette er et eksempel på prosjektets strategiske og målrettede arbeid. I 2017 oversendte prosjektet en orienteringssak om prosjektet samt en høringssak og et saksfremlegg med anbefaling om etablering av tverrfaglig vurderingsteam senger for intensiv rehabilitering til kommunene i Indre Østfold. Dette ble forankret hos eierkommunene gjennom politiske vedtak i desember 2017. Da det ble klart at fem av kommunene skulle slås sammen til nye Indre Østfold storkommune, var målsettingen å arbeide fram et grunnlag for beslutning om etablering av tjenester i Indre Østfold kommune. Dette inkluderte videreføring av TVT samt etablering av senger for intensiv rehabilitering.

Prosjektet gjennomførte utprøving av senger for intensiv rehabilitering i 2019, som en viktig videreutvikling av rehabiliteringsmodellen. Utprøvingen omhandlet blant annet innhenting og opplæring av personell til utprøvingen, forberedelse til drift og etablering av prosedyrer og rutiner. Gjennom utprøvingen fikk man testet ut mange ulike aspekter, alt fra etablering av prosedyrer og rutiner, effektmål, rekruttering, bruk av teknologi og samhandling med TVT. På bakgrunn av dette ble det identifisert punkter til forbedring, som justeringer av prosedyrer, roller og ansvar (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020). Utredning av behovet for senger for intensiv rehabilitering og erfaringene fra utprøvingen er omtalt nærmere i egne rapporter (Arbeidsgruppen SIR, 2017; Arbeidsgruppen SIR, TVT og Dehli, 2020).

4.6 Dagtilbud

Etablering av dagtilbud til personer som har behov for intensiv rehabilitering, men som ikke har behov for innleggelse er også en viktig del av samfunnsbasert rehabilitering. I 2019 gjennomførte prosjektet utprøving av tre ulike typer dagtilbud; Intensiv gangtrening, bruk av VR-brille for trening av slagarm, samt lærings- og mestringstilbud for personer med hhv kols og langvarige smertetilstander. Høy intensiv gangtrening er en effektiv metode for opptrening av gangfunksjon

hos personer som har hatt hjerneslag⁴. Trening av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag er egnet til å øke total mengde trening og kan minske behovet for ekstra fysio- og ergoterapi⁵.

KOLS-skole er et gruppetilbud for personer med KOLS diagnose. Skolen er lagt opp som en kombinasjon av læring, mestring og fysisk aktivitet. Tilsvarende er smerteskole et gruppetilbud for personer med muskel- og skjelettsmerter som er ferdig utredet. Se mer om evaluering dagtilbudet i fjorårets følgeforskningsrapport (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020). Dagtilbudet er videreført som en del av læring og mestringstilbudet i enhet for Rehabilitering, læring og friskliv i Indre Østfold kommune.

4.7 Hverdagsrehabilitering

Et delprosjekt om hverdagsrehabilitering ble igangsatt ved slutten av 2019, med planlagt utprøvingsperioden i mars- mai 2020. Den planlagte utprøvingen lot seg ikke gjennomføre på grunn av Korona-utbruddet. Delprosjektet har derfor fokusert på å innhente tilgjengelig forskning og litteratur, utveksle erfaringer med andre kommuner og samarbeid med ulike avdelinger og enheter i egen kommune. Prosjektet har hatt en referansegruppe og en styringsgruppe med fagpersoner og enhetsledere i Indre Østfold kommunen, samt representanter for Norsk Ergoterapiforbund og Seniornett i Indre Østfold (IØK, 2020a).

Dette har resultert i en anbefaling for organisering av tilbudet. Med utgangspunkt i et person- og mestringsperspektiv, har de utarbeidet rutiner for dialog og samhandling med person og pårørende. Videre har de utarbeidet prosedyrer for kartlegging av funksjon og dokumentasjon, inklusive et effektskjema for å kunne evaluere tjenesten og synliggjøre gevinster både for person og for helsetjenestene. Prosjektet har vurdert ulike typer aktuell teknologi og gjort innkjøp av utstyr og teknologi til bruk i hverdagsrehabiliteringen.

Mer utfyllende informasjon finnes i rapporten om utprøving av hverdagsrehabilitering i Indre Østfold Kommune (IØK, 2020a). Her gis det føringer for målgruppe, som i hovedsak er eldre personer med enklere rehabiliteringsbehov, hvor fokuset er på hverdagsaktiviteter og -mestring og å opprettholde funksjon. Blant de som er utenfor målgruppen til hverdagsrehabilitering er personer med uavklart medisinsk tilstand, som har behov for spesialisert rehabilitering, er i terminal fase eller personer med alvorlig psykiatri og rusproblematikk.

⁴<https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/nyheter-rkr/intensiv-trening-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>

⁵ <https://www.uib.no/igs/113106/virtual-reality-trening-forbedrer-arm-og-h%C3%A5ndfunksjon-etter-hjerneslag-mye-som>

4.8 Bruk av teknologi i rehabilitering

Rehabiliteringsprosjektet har lagt vekt på å benytte teknologi som kan understøtte arbeidsprosesser, muliggjøre samhandling med andre aktører, og som et sentralt hjelpemiddel for personer som er i en rehabiliteringsprosess. Prosjektet har prøvd ut en rekke ulike teknologier, både for å effektivisere arbeidsprosesser, øke samhandling og for å understøtte trening og behandling. Blant de teknologiene som benyttes i svært stor grad og som TVT mener gir en klar effektiviseringsgevinst er

- bærbar PC med nettilgang og sikker pålogging slik at man kan benytte videoløsninger og elektronisk pasientjournal.
- videokommunikasjon for økt samhandling med spesialisthelsetjenesten, aktører i kommunen og personen selv
- Virtuell trening som gjør at personen kan trene på egenhånd

Ved å bruke hjemmekontorløsning og bærbar PC sparer TVT tid da de kan dokumentere mens de jobber ambulant og også ha samhandlingsmøter på video, f.eks. i personens hjem. Fagpersonene opplever det som svært viktig å få redusert mengden etterarbeid. TVT var allerede godt i gang med bruk av teknologi da koronapandemien kom, men har som mange andre sett at det har blitt lettere som følge av pandemien. TVT benytter Join fra Norsk Helsenett ved utskrivingsmøter fra spesialisthelsetjenesten og i samarbeidsmøter med fastleger og andre involverte tjenester i og utenfor kommunen. TVT legger stor vekt på at personen selv skal delta i samhandlingsmøter, og bruk av bærbart utstyr gjør det enklere. Samtidig har erfaringen vært at det krever en kulturendring og mye fokus for å få dette inn som en praksisendring (MIR) hos alle samarbeidsparter. Join-møter må avtales på forhånd. I tillegg benyttes Confrere slik at personen kan be om en-til-en videosamtale med TVT.

TVT har god erfaring med bruk av Virtuell trening (VT), en løsning fra Wellfaster. Ved hjelp av løsningen kan man velge øvelser blant eksisterende videoer eller legge til egen produserte videoer. Erfaringen er at denne løsningen kan brukes for de fleste diagnosegrupper (FT). Bruken av VT kan bidra til mer egentrening. Personen kan trene oftere og uavhengig av besøk fra TVT. I tillegg har TVT et grensesnitt hvor de kan følge med på personens trening gitt at personen samtykker til det. Da kan TVT ta kontakt dersom de ser at personen ikke gjennomfører treningen som planlagt. Erfaringen er at løsningen har vært driftssikker og enkel å lære seg og å bruke, for både personene og TVT. Den kan brukes med smarttelefon, nettbrett eller PC og TVT har i størrelsesorden 10 enheter til utlån. På PC kan man benytte web-kamera som registrerer personens bevegelse og gir tilbakemelding på om de er korrekt utført. Det kan være noen utfordringer med å få oppsettet med webkamera til å fungere optimalt, da det kan være sensitivt for lysforhold og møblering. Det krever at det er plass rundt personen, og det kan være utfordringer med automatisk registrering av

sittende øvelser. Benytter man smarttelefon eller nettbrett vises øvelsene slik at man kan følge dem, men uten mulighet for veiledning av bevegelse. Løsningen benyttes gjerne gjennom hele rehabiliteringsforløpet, og kan enkelt justeres underveis.

Etter avsluttet forløp gjøres en oppsummering og evaluering. Jo oftere personen har trent under Rehabiliteringsforløpet, jo høyere er sannsynligheten for at vedkommende fortsetter å trene på egenhånd etter endt forløp. I enkelte tilfeller har personen ønsket å fortsette med VT. Det kan være mulig å inngå avtale om videre bruk av programmet og eventuell oppfølging av kommunal eller privat fysio- eller ergoterapeut.

Prosjektet har ikke funnet en hensiktsmessig digital løsning for individuell rehabiliteringsplan. Her opererer TVT med en Word-mal som skrives ut på papir. Personen skriver inn rehabiliteringsmålene i denne så tidlig som mulig i rehabiliteringsforløpet. Planen blir værende hos personen, og kan vises til andre støttespillere, f.eks. pårørende, hjemmehjelp og andre terapeuter. I tillegg fører TVT personens rehabiliteringsmål inn i TVT sin samhandlingsløsning (Imatis) og i journalsystemet (Gerica). Ved endt Rehabiliteringsforløp sendes planen med eventuelle forslag til oppfølging til koordinator som eventuelt legger planen til personens Individuelle Plan. Rehabiliteringsprosjektet har i tillegg dokumentert en rekke parametere i et eget kvalitetsregister (et regneark i Excel, se 4.9).

Mangelen på kompatibilitet mellom løsninger har ført til at TVT har dobbelt, og trippelført en del opplysninger, og det er selvsagt et ønske fra TVT å få på plass forbedrede digitale løsninger for å unngå dette. I følge evalueringen av Opptrappingsplanen har flere kommuner tatt i bruk elektroniske systemer for individuell plan, men slike systemene oppleves å være tungvinte å bruke (KPMG, 2020). Det jobbes videre med å få til ønskede rapporteringsfunksjoner i andre digitale løsninger som er i bruk. Det interne kvalitetsregisteret i Excel vil dermed avvikles, selv om den videre rapporteringen ikke vil bli like omfattende. Det vurderes som for ressurskrevende å opprettholde et like detaljert registreringsnivå.

Andre teknologier benyttes som et supplement i aktuelle forløp. Dette inkluderer bruk av treningsroboten «Berntsen», en løsning for trening med video samt videokommunikasjon, COMP for videosamtaler f.eks. med pårørende, utstyr for gangtrening, spill på Nintendo Wii og Magic Glass VR-briller. Bruk av digitale spill kan være svært motiverende, og kan gi mer varierte bevegelsesmønstre enn enkeltøvelser. Erfaringen er imidlertid at brukergrensesnittet ikke er enkelt nok og at mange derfor trenger hjelp til å starte spillet. De kommersielle spillene har ofte ikke fleksible nok nivåer til å passe til personer med redusert funksjon. På den andre siden kan spill som er utviklet for spesielle diagnosegrupper bli for ensidige og mindre spennende.

Som et ledd i arbeidet med involvering av lokalsamfunnet har Rehabiliteringsprosjektet prøvd ut Nyby som er et digitalt verktøy for å koordinere frivillige. For at dette skal fungere godt er det nødvendig med et visst volum av både hjelpere og personer med behov, noe Rehabiliteringsprosjektet alene ikke kunne stå for. Det ble derfor klart at det ikke er hensiktsmessig at

rehabiliteringsenheten etablerer og drifter egne løsninger på dette området, men at de knytte seg opp mot kommunens øvrige arbeid mot frivilligheten. Spørsmålet om anskaffelse av Nyby har vært drøftet på kommunaldirektørnivå, men er foreløpig ikke prioritert.

Rehabiliteringsprosjektet har hatt en dedikert teknologiansvarlig person i TVT. I de første årene var dette en person fra Sunnaas Sykehus som jobbet ca 20% i teamet. Deretter har en fra TVT hatt denne rollen. Dette har vært viktig for å kunne jobbe systematisk med utredning, planlegging, opplæring og utprøving av teknologi i prosjektet. Prosjektet har lyktes best med avgrensede teknologier som prosjektet kunne anskaffe og bruke uavhengig av andre. I tillegg har bruken av videoløsninger vært viktig og vellykket. Her har man f.eks. tatt i bruk øvelser i bruk og rollespill for å trygge personellet og være forberedt til å involvere personen på en god måte i samhandlingsmøter på video (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2018). For andre gjennomgripende systemer, som journalsystem og samhandlingsløsning har det vært større utfordringer med å få implementert ønsker og integrasjon mellom systemene.

4.9 Kvalitetsregister

Det ble tidlig klart at Rehabiliteringsprosjektet ønsket å etablere et internt kvalitetsregister for å kunne følge og evaluere egen tjenesteutvikling. Ulike kvalitets- og måleindikatorer for rehabilitering ble undersøkt, blant annet kvalitetsindikatorer utarbeidet av Inger Johansen og kvalitetsindikatorer for rehabilitering av muskel- og skjelettlidelser, sykdommer og plager. Det var hverken lett å finne veiledning på opprettelse av kvalitetsregister for kommunal rehabilitering, eller teknologi for dette formålet som kunne integreres med eksisterende journalsystemer. For å komme i gang ble det derfor opprettet et skjema i Excel som ble tatt i bruk fra høsten 2017.

Det interne kvalitetsregisteret har gitt informasjon både på personnivå og på virksomhetsnivå. På personnivå har man enkelt kunne se progresjon i funksjonsnivå, også etter avsluttet forløp ettersom resultater fra retester etter 3, 6, og 18 måneder også har vært registrert. Det vurderes som for ressurskrevende å fortsette med kvalitetsregisteret i den formen og det omfanget som har vært gjort i rehabiliteringsprosjektet. Det arbeides derfor for å få til enklere, mer automatiserte og bedre registrerings- og rapporteringsmuligheter i eksisterende systemer (Gericca og Imatis). Prosjektet har også diskutert muligheten for å la andre fysio - og ergoterapeuter enn de som arbeider i TVT følge opp og gjennomføre retesting.

Det at Indre Østfold blir en SIO kommune

Anonymiserte uttrekk fra internt kvalitetsregisteret er også benyttet i følgeforskningen, se kapittel 5.2 for gjennomgang av resultater på bakgrunn av dette.

5 Ledelse, verdiskaping og spredning

I dette resultatkapitlet presenteres resultater fra intervjuer med lederne av prosjektet, oppsummering av aggregerte resultater fra kvalitetsregisteret og respons fra eksterne i ulike spredningsaktiviteter.

5.1 Perspektiver på ledelse av prosjektet

Prosjektet Innovativ rehabilitering i indre Østfold hadde sitt utspring knyttet til Helsehuset IKS i Indre Østfold. Daglig leder for Helsehuset var Kristian Devold. Helsehuset inngår nå i enhet Primærhelse som er en av tre enheter i Seksjon for Behandling og mestring som nå ledes av Kristian (se Figur 4 på side 19). Devold var i første fase av prosjektet, før de fikk finansiering over statsbudsjettet, prosjektleder også for utvikling av rehabiliteringstilbud knyttet til Helsehusets utviklingsplan. Det ble besluttet å ansette en egen prosjektleder for prosjektet og stillingen ble lyst ut. Kari Anne Dehli som arbeidet som fysioterapeut i Marker kommune var en av flere søkere og fikk stillingen. Både Dehli og Devold har mastergrader innen ledelsesfeltet.

Begge lederne har vært stabile gjennom disse 5 årene, gjennom de store endringsprosessene som Helsehuset og Indre Østfold har gjennomgått; med sammenslåing av 5 av 7 kommuner som var del-eiere i Helsehuset IKS og oppbygging av ny kommunestruktur; og oppussing/nybygging av Helsehuset i Askim.

Som følgeforskere ønsket vi å få høre disse to ledernes perspektiver på ledelse og hvordan de har valgt å lede gjennom disse 5 årene. Vi tok utgangspunkt i perspektiver på endringsledelse (Kotter, 2012; Karp, 2014).

«Endringsledelse innebærer å bevege en organisasjon, dens arbeidsgrupper og individene som jobber der fra en tilstand til en annen.

Kan innebære endringer i struktur, kultur, verdier, kompetansebase, ledergrupper, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmetoder, samt endring av individers kompetanse, holdninger og atferd.» (Karp, 2014)

Intervjuene med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 6) utforsket de to ledernes perspektiver om

- Ledelsesfilosofi
- Motivasjon og drivkraft for gjennomføring av prosjektet
- Planlegging og arbeid med struktur og forankring
- Kultur for læring, kompetansebygging og kunnskapsforvaltning
- Samskapende prosesser, møteplasser og teknologistøtte i rehabilitering og samhandling

Ledelsesfilosofi

Ledere kan inneha forskjellige roller og være drevet av ulike typer for motivasjon. En lederrolle kan defineres som «summen av forventninger man møter som ledere – fra egen ledelse, medarbeidere, brukere, samfunnet og en selv» (Eide, Landmark og Martinsen, 2015; Eide og Aadland, 2021). Begge lederne er ledere som leder gjennom andre. Det kan se ut som deres samlede ledelse har fungert svært godt i gjennomføringen av prosjektet gjennom de store endringene som har funnet sted. Begge setter seg store og langsiktige mål. Tillit til medarbeidere og samarbeid, samspill og evne til langsiktig strategisk planlegging og gjennomføring ser ut til å være kjerneverdier og kompetanse som begge lederne har.

Motivasjon og drivkraft for gjennomføring av prosjektet

For begge lederne er det å utvikle bedre tjenester for pasientene en kjernedrivkraft. Begge liker «hårete mål» og noe å strekke seg etter.

Planlegging og arbeid med struktur og forankring

Prosjektet har fått finansiering år for år gjennom 5 år. Dette har vært en stor usikkerhetsfaktor. Prosjektledelsen har løst denne utfordringen ved å lage en prosjektplan med det store målet for øyet; og så delt opp i realistiske årsplaner.

«Endringsprosesser generelt trenger personer som virkelig vil noe, og vi har fått med oss folk som har trua på det - har klart å jobbe strategisk - ikke bare fordi man har brent for faget. Man kan ha gode ideer, men så kommer det i veien for andre prioriteringer i den kommunale prosessen – vi skjønnte raskt at man må gå i takt med politikere og de andre beslutningsprosessene.»

Prosjektledelsen har vært stabil og det har bidratt til kontinuitet; også kommuneoverlegene har vært meget viktige støttespillere. Prosjektet har hele tiden hatt møteplasser med mange interessenter for å sikre god forankring. Prosjektet kan sies å ha hatt to hovedfaser; I fase 1 var hovedfokus «Hvordan gå fra prosjekt til drift?» med planlegging og utprøving av de forskjellige elementene i modellen. I den fasen var det naturlig å involvere helt fra rådmann til brukere for å sikre forankring. I fase 2 har det vært mer internt fokus i ny organisasjon (ny storkommune) for å sikre forankring der. Dette har resultert i at det nå er en egen enhet for «Rehabilitering, mestring og friskliv» med et eget budsjett.

«Det er mye å håndtere - kommunesammenslåingen har gitt skyv - gitt handlingsrom for å realisere ting man ellers ikke ville fått gjort.»

Det har også vært en avstand mellom prosjektets ønske om å ha innovasjon og teknologi som hovedføringer for prosjektet, mens H-dir's rolle har vært å se prosjektet opp mot veileder og opp

mot forskrift. Dette har medført at prosjektet har måttet justere kurs og fokus noe underveis for å ha den nødvendige forankringen mot direktoratet.

Kultur for læring, kompetansebygging og kunnskapsforvaltning

Prosjektresearchene har bidratt med fagkompetanse og har hatt et stort ønske om å styrke rehabiliteringsfeltet. Kombinasjon av fagkompetanse og engasjement har vært viktig for å realisere resultater i prosjektet. Noen av fagpersonene / ressurspersonene har jobbet med tema over lang tid, også fra før prosjektet startet.

Valget om å la CBR-modellen inspirere utvikling av helhetsmodellen for Samfunnsbasert rehabilitering ble tatt tidlig; allerede fra prosjektets første år med finansiering var dette perspektivet på rehabilitering inne i planleggingen. Deltakere i prosjektgruppen hadde kjennskap til CBR-modellen; den hadde innhold som stemte godt med det prosjektledelsen hadde som ideell målsetting for utvikling av mulighet for intensiv rehabilitering i kommunen med mål om deltakelse i lokalsamfunnet etter rehabiliteringen. Funksjonsperspektivet og ikke et diagnosebasert system passer også godt med hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter er utdannet til å møte personer i habiliterings- og rehabiliteringssituasjoner. Funksjonsperspektivet er mindre grunnfestet innenfor sykepleie- og medisinprofesjonene som ofte tar utgangspunkt i diagnose. Gjennom disse 5 årene har det visuelle bildet av Helhetsmodellen for Samfunnsbasert rehabilitering med personen i sentrum, med teknologi, og venstresiden med helseaktører og høyresiden med samfunnsaktører fungert som inspirasjon, og også som «kart og kompass» i utviklings – og gjennomføringsprosessen.

«Figuren er utviklet av prosjektet. For å forstå kompleksiteten i et forløp har figuren gitt mye mening og fokus både for oss som fagpersoner og for den enkelte. Har vært viktig å ha figuren å jobbe mot og justere seg i forhold til».

Prosjektledelsen har bevisst valgt å hente inne fagpersoner og ressurspersoner fra lokal- miljøet. Det var i utgangspunktet spent på om det var nok kompetanse i de deltakende kommunene.

«Positivt har vi blitt overrasket over at vi har klart å hente inn lokale ressurser - har klart å få til mye med teamet over tid. Vi har hentet inn eksterne ved behov, men dette er en liten del».

Prosjektledelsen har også planer for hvordan kunnskapen skal forvaltes og videreføres. Det er skissert en grov plan for kompetanse. «Delingsarbeid har vært sentralt; modellen er jo prosjektet og de har kommunisert til veldig mange. Staben vil fortsette å dele etter prosjektslutt. Modellen gir mening på alle nivåer - mange brukere har gitt positive tilbakemeldinger på at helhetsmodellen fungerer.» Det er laget en plan for distribusjon av sluttrapporten, og nettside er laget der alle delprosjektrapportene fra prosjektet og følgeforskningsrapportene er tilgjengelige. Enheten har også søkt departementet sammen med Sunnaas Sykehus om å opprette et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering.

«Synes det er viktig å adressere utfordringer for rehabiliteringstjenesten og resultatene kan bidra til å styrke feltet både i spesialist eller kommunal helse».

Det har vært spesielt krevende å arbeide med høyresiden i modellen og integrering av samfunnssiden. Involveringen fra frivillige har ligget nede pga covid19 og prosjektmedarbeiderne har snakket mye om hvordan de kan bli bedre integrert.

«Skal man lykkes fremover må hele kommunen fokusere på bruk av lokalsamfunnet.»

Prosjektledelsen har blitt invitert til å spille inn til samfunnsplan og kommunaldirektøren har initiert arbeidet med en "helse og mestringsplan" som enheten blir involvert i.

Teknologi-støtte i rehabilitering og samhandling

Som nevnt over vektla prosjektledelsen innovasjon og teknologi. Det har vist seg at prosjektet ligger langt foran andre områder i kommunen når det gjelder anvendelse av teknologi i tjenesten. Den tidlige kartlegging av teknologi som kunne brukes i en rehabiliteringsprosess i prosjektets første år ga en god oversikt. Etter hvert ble det tre fire «Bokser» med ulik teknologi utfra formålet med teknologien og hvilken funksjon teknologien skulle ha for personen i rehabiliteringsforløpet. Det var viktig at det ble brukt standard programvare; og hvis det var på plass kunne man teste ut og kutte ut teknologier som ikke fungerte i denne settingen og ta inn det prosjektet ønsker skal være i «Verktøykassen». Sunnaas har bidratt og spilt en viktig rolle på teknologifeltet.

«Vi har kuttet ut teknologien som ikke fungerer - har utviklet en god verktøykasse».

Prosjektets interne kvalitetsregister I har vært viktig; men fordi eksisterende løsninger enda ikke er utviklet for rehabiliteringsfeltet kan ikke denne registreringen videreføres i dagens rapportering i kommunens system som gjelder for alle enheter.

«Vi ønsker en enklere registreringsmodell som kan videreføres – ønsker også å få mer elektroniske / automatiske ordninger».

Nytten av målinger og strukturerte data har vært viktig i alle møter, særlig med politikere og kommunale ledere. Prosjektet har hatt mulighet til å dokumentere effekt og derved fått en tyngre stemme i prioriteringsdiskusjoner.

"Det er lurt å prioritere rehabiliteringstjenesten dersom fokus er å få personer til å bo lengre hjemme».

5.2 Kost-nytte vurdering av prosjektets resultater

Resultatene som trekkes frem i analysen under er hentet fra prosjektets kvalitetsregister med data fra 2017 til 2020. Kvalitetsregisteret er en sammenstilling av registrerte tidsdata, funksjonsmålinger, data fra vurderingsbesøk, bruk av teknologi og registrering av samhandling/koordinering. Data i analysen under er basert på et anonymisert uttrekk fra dette registeret.

Etablering av et internt kvalitetsregister har gitt prosjektet mange nyttige data. Data som både har vært brukt for å vurdere effekten av tiltaket og som argumentasjon for videre satsning og dimensjonering.

Om personene som har mottatt tjenester

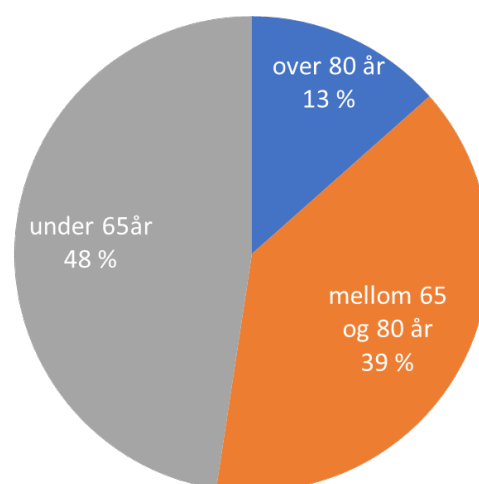
Totalt antall brukere som er henvist til TVT i perioden 2017-2020 har vært 301. Av disse har tverrfaglig rehabiliteringsteam innledet et forløp for 208 brukere. Dette utgjør 69% av alle henvisninger. I Tabell 2 vises statistikk for hvert år pr aldersgruppe:

Antall påbegynte forløp pr aldersgruppe pr år'						
Aldersgruppe	2017	2018	2019	2020	Totalt	Andel
Over 80år	5	14	4	5	28	13 %
Mellom 65 og 80 år	7	23	19	32	81	39 %
Under 65 år	13	32	27	27	99	48 %
Totalt pr år	25	69	50	64	208	100 %
Andel henviste som har fått tjenester	74 %	69 %	64 %	72 %	69 %	

Tabell 2 Antall påbegynte rehabiliteringsforløp per aldersgruppe per år

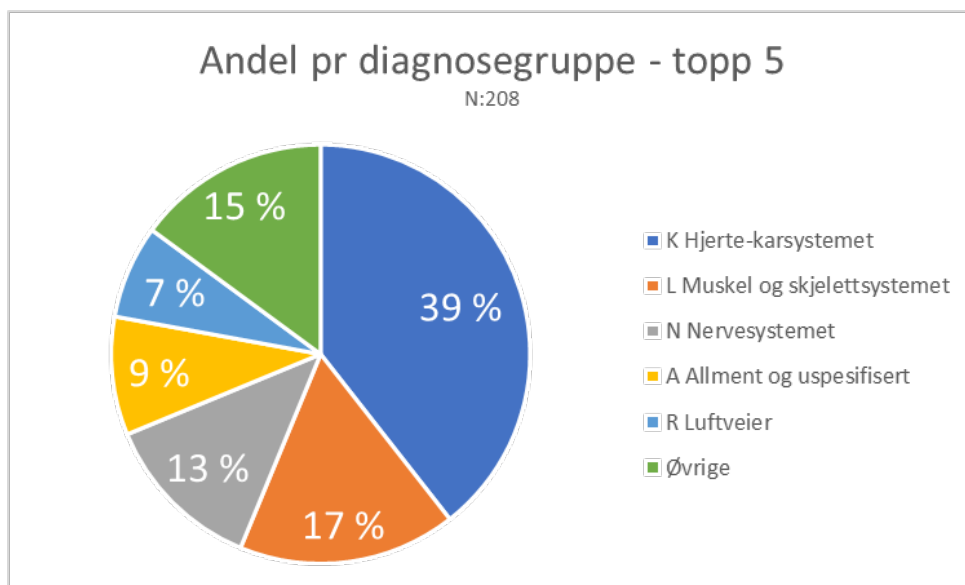
Tabell 2 viser en økning i antall forløp (+15) og andel som har fått tjeneste (+8%) fra 2019 til 2020.

Figur 5 viser at andelen som har mottatt tjenester som er under 65 år er på nesten 50% av totalt av antall gjennomførte forløp. Kun 13% av mottakerne av tjenester er over 80 år.



Figur 5 Andel som har mottatt tjenester fra TVT fordelt på alder

Ser vi på hoveddiagnose på personene som har mottatt tjenester i regi av TVT ser vi følgende fordeling:



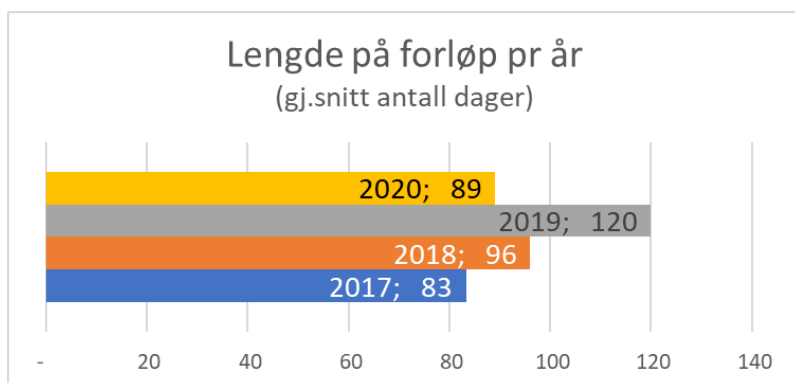
Kakediagrammet i Figur 6 viser at 39% av personene som har mottatt tjenester har hoveddiagnose K-hjerne karsystem. Tar vi ut kun personer med slagdiagnose utgjør disse ca. 1/3 av alle aktive forløp. Den nest største gruppen er personer med

Figur 6 Andel personer per diagnosegruppe som har mottatt tjenester

hoveddiagnose knyttet til muskel og skjelettsystemet. Til sammen utgjør personer med hjerte og kar samt muskel og skjelett 56% av alle aktive forløp. I gruppen øvrige finner vi hoveddiagnosene D Fordøyelsessystemet, B Blod, bloddannende organer og immunsystemet, U Urinveier, P Psykisk, X Kvinnelige kjønnsorganer, S Hud, Y Mannlige kjønnsorgan og H Øre.

Tids- og forløpsdata

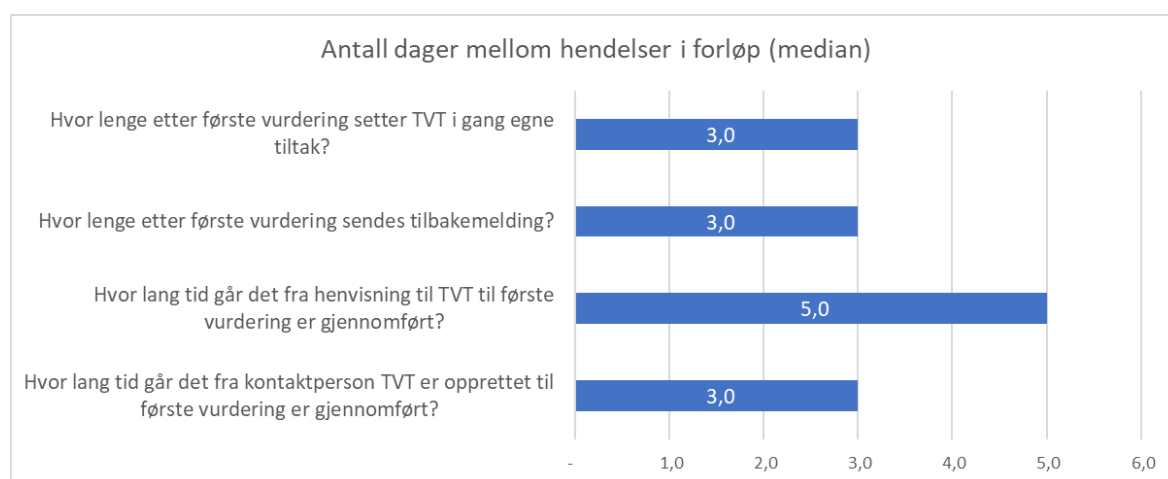
Alle forløp har blitt analysert med dato for ulike hendelser. Et gjennomsnittlig forløp varer i 97



dager. Dette har variert noe fra år til år med 120 dager i gjennomsnitt i 2019 og 89 dager i gjennomsnitt i 2020. Det er ingen store forskjeller på antall dager i forløp for de ulike diagnosegruppene.

Figur 7 Gjennomsnittlig antall dager pr forløp i TVT 2017-2020

Figur 8 viser medianverdier for antall arbeidsdager mellom hendelser i forløpet. En hovedmålsetning i prosjektet har vært tidlig innsats. Målt i arbeidsdager tar det 3 dager fra henvisning er mottatt til kontaktperson er opprettet og deretter 2 dager til første vurdering er gjennomført. Fra første vurdering er gjennomført tar det 3 dager til tiltak er iverksatt. Det vil si at fra henvisning er mottatt i TVT til tiltak er iverksatt og tilbakemelding til henviser er sendt tar det 8 arbeidsdager (median).

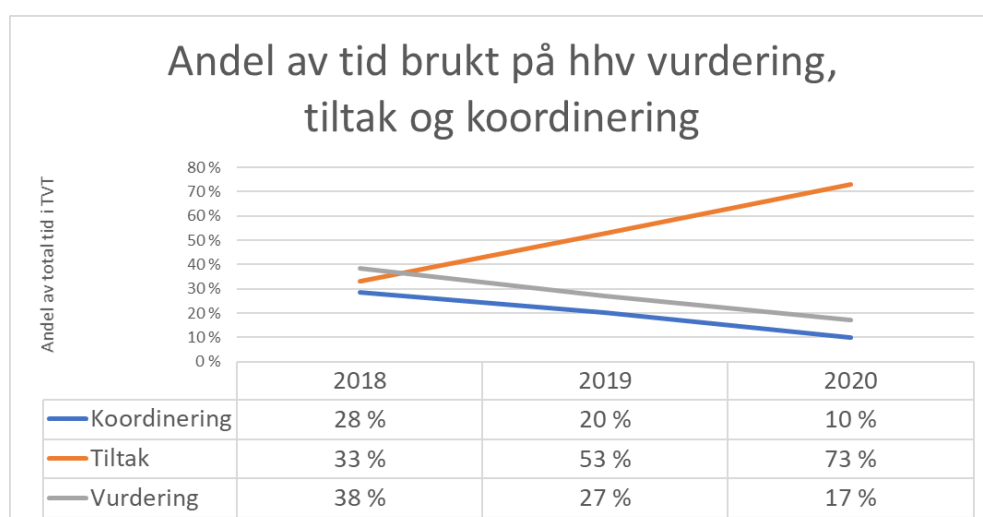


Figur 8 Antall dager mellom hendelser i forløp

Tid fordelt på koordinering, vurdering og tiltak

TVT har loggført timer per forløp. Figur 9 viser en tydelig trend, at teamet bruker mer tid på tiltak og mindre tid på koordinering og vurdering i år 2020 enn i år 2019 og 2018 (se figur under). For 2020 utgjør registrert tid til tiltak 73%, mens koordinering utgjør 10% og vurdering 17%.

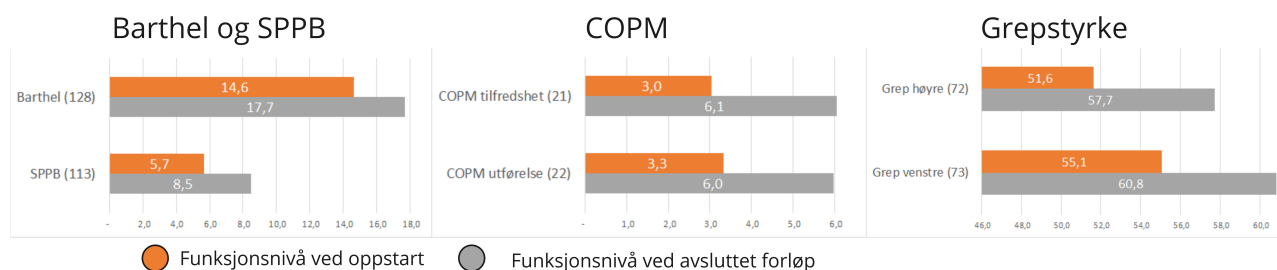
Det er naturlig at teamet øker egen kompetanse og oversikt, og at tiden medgått til koordinering går noe ned når teamet har etablert rutiner og løpende dialog med andre miljøer. Arbeidet med vurdering er også vesentlig effektivisert fra oppstart av målingene.



Figur 9 Andel tid brukt på vurdering, tiltak og koordinering

Funksjonsnivå og arbeidsevne

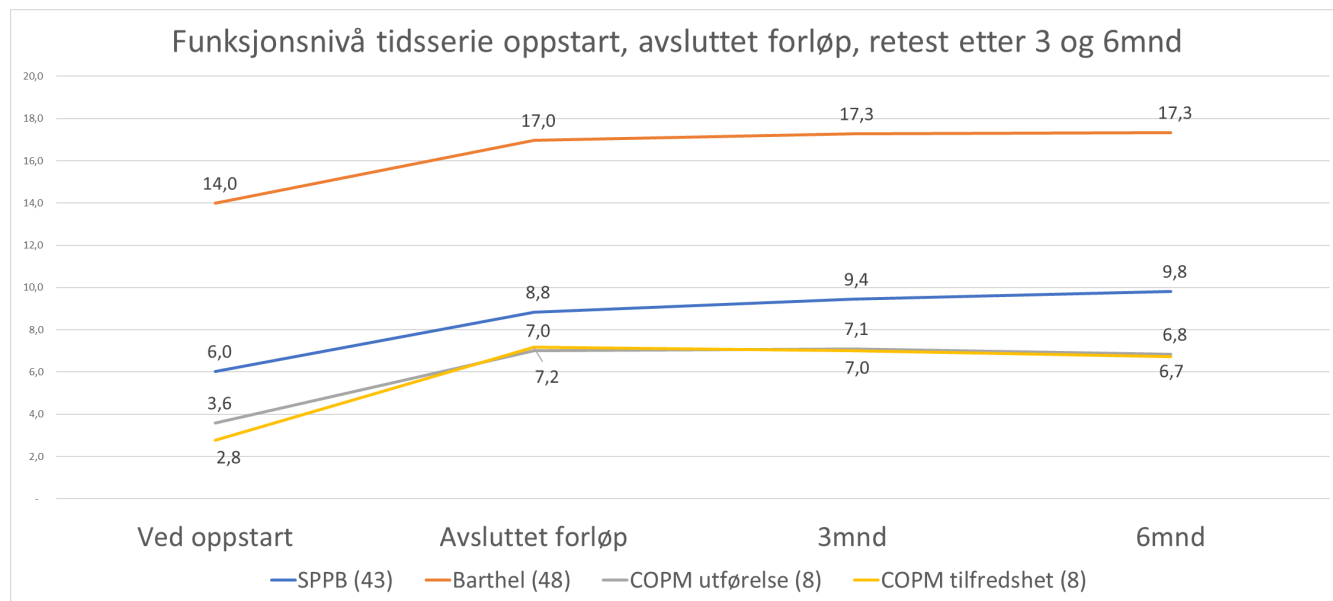
Funksjonsnivå er målt for alle personer i et aktivt forløp ved oppstart og avsluttet tiltak. Data under viser utvikling i funksjonsnivå for hhv Barthel, SPPB, grepstyrke og COPM. Samtlige målinger viser en forbedring.



Figur 10 Funksjonsnivå ved oppstart og avslutning av tiltak

TVT har bare delvis vært i stand til å gjennomføre retester for samtlige brukere. Særlig har dette vært krevende i 2020 og 2021. Pr april 2021 er det gjennomført 31 retester etter 18 måneder.

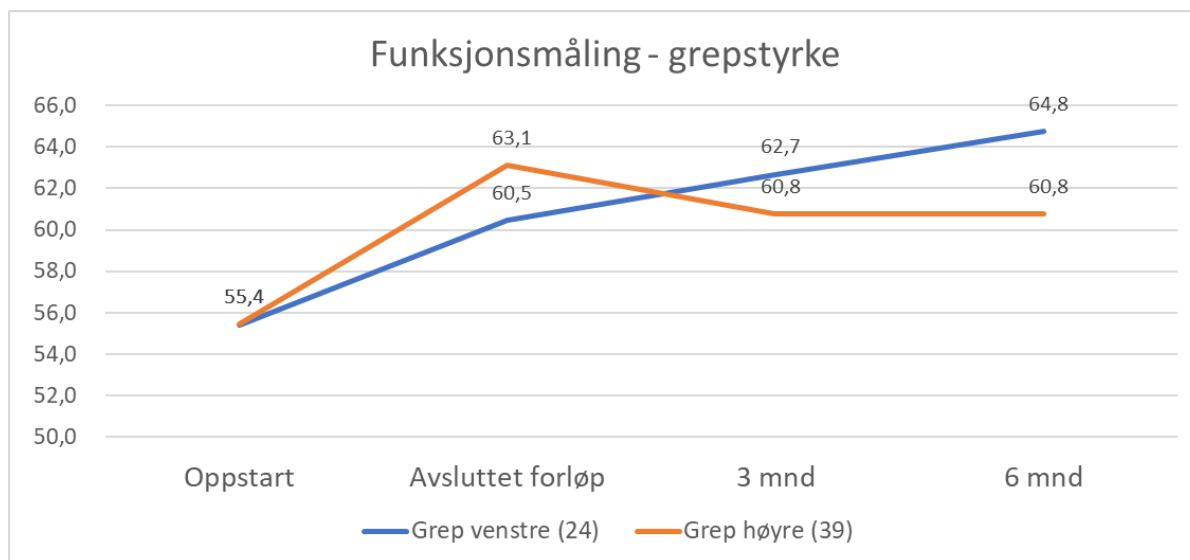
Figur 11 og Figur 12 under tar derfor utgangspunkt i gjennomført retest etter 6 måneder.



Figur 11 Utvikling av funksjonsnivå over tid

Figur 11 viser at funksjonsnivå er noe styret fra avsluttet forløp til retest ved 6 måneder (+0,3 for SPPB og +1,0 for Barthel), mens den viser nedgang fra 7,0 til 6,8 for COPM utførelse og 7,2 til 6,7 for COPM tilfredshet.

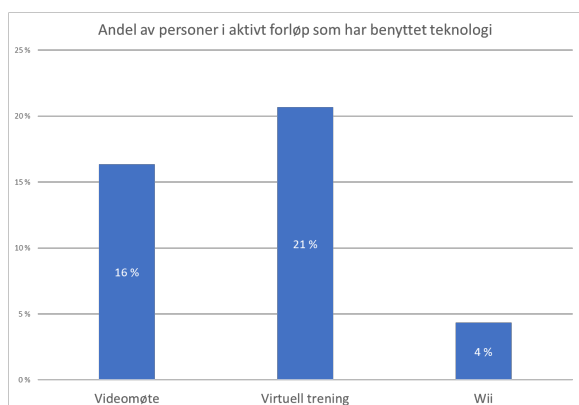
Figur 12 viser utvikling i grepstyrke for hhv høyre og venstre hånd.



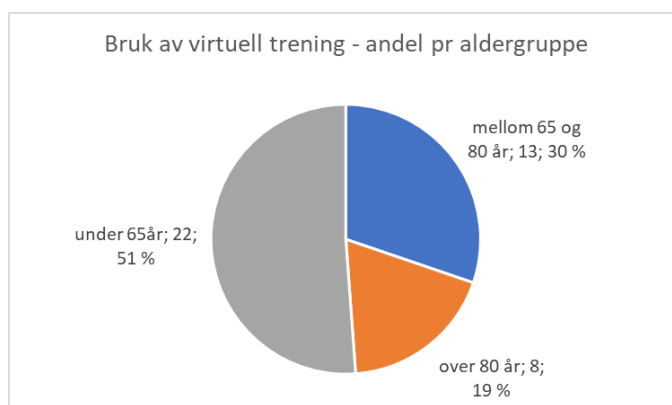
Figur 12 Utvikling av grepstyrke over tid

Bruk av teknologi

Rehabiliteringsprosjektet har registrert bruk av teknologi; hhv videomøte, virtuell trening og Wii (spillplattform fra Nintendo). Figur 13 viser at virtuell trening er den teknologien som er mest benyttet (21% av alle aktive forløp), mens Wii har vært minst benyttet. Av de som har ønsket å bruke virtuell trening utgjør gruppen under 65 år 51%, mens 19% av brukerne er over 80 år (Figur 14).



Figur 13 Andel som har benyttet teknologi



Figur 14 Bruk av virtuell trening

5.3 Implementering av rehabiliteringsmodellen og spredning

For å gi en oversikt over og for å kunne vurdere hvordan prosjektet har arbeidet med implementering gjennom de fire første årene (2016-2019) år har vi i tidligere rapporter tatt utgangspunkt i et rammeverk for implementering (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020, s. 23–29)(Powell et al., 2015; Waltz et al., 2015,). Denne tabellen tas med også i denne sluttrapporten. Fra 2020 har Rehabiliteringsprosjektet (som beskrevet i 4.2) vært organisert i en egen enhet i den nye Indre Østfold kommune og vi vil kort presentere resultater fra aktiviteter i 2020 som har hatt fokus på spredning av Rehabiliteringsmodellen til andre kommuner. Anvendelse av implementeringsstrategier 2016-2019 frem til drift 2020.

Rehabiliteringsprosjektet har brukt ulike implementeringsstrategier, og arbeidet iterativt med utvikling og implementering i de fem årene prosjektet har hatt finansiering. Vurderingen er en helhetlig vurdering basert på en gjennomgang og diskusjon av de forskjellige implementeringsstrategiene sammen med prosjektleder våren 2020. Resultater fra analyse av det andre data-materialet som var samlet inn lå som et bakteppe for dialogen.

- ***Involvere brukere*** innebærer aktivt samarbeid og samskaping sammen med sluttbrukerne av tjenesten, men også med de som skal utøve tjenesten og være samarbeidspartnere.
- ***Anvende vurdering og iterative strategier*** innebærer å identifisere hemmere og fremmere, utvikle og organisere kvalitetssikringssystem, utvikle formelle planer for implementering, utvikle gradvis i sykliske prosesser, identifisere lokale behov, innhente feedback fra involverte parter. Prosjektet har i stor grad arbeidet etter disse prinsippene.
- ***Endre infrastruktur*** innebærer å ha mandat for endring, endre fysisk struktur og utstyr, endre steder der tjenester tilbys, endre lovgiving og utvikle en organisasjon for spredning. Prosjektet har hele tiden arbeidet systematisk for å få mandat i stadig nye strukturer; inn mot departementet for å få nasjonalt mandat og det siste året i forbindelse med kommunesammenslåing. Det er utviklet anbefalinger og konkrete planer for lokalisering og interaksjon med andre tjenester som blir realisert fra 2020.
- ***Støtte klinikere*** innebærer å utvikle nye kliniske team, sørge for at klinikerne har tilgang til kliniske data som de trenger for å utføre arbeidet, endre profesjonelle roller, utvikle avtaler for å dele på ressurser.
- ***Trene og utdanne interessenter*** innebærer å gjennomføre trening, gi veiledning og å utvikle utdanningsmateriale.
- ***Sørge for interaktiv assistanse*** innebærer å tilby veiledning, fasilitere, men også gi teknisk assistanse. En viktig del av TVTs funksjon er veiledning. Teamet har også opparbeidet seg god kompetanse på anvendelse av videokonferanseutstyr og spill og treningsprogrammer i rehabiliteringsprosessen

- **Tilpasse og skreddersy til den spesifikke konteksten** dreier seg både om hvordan en modell eller intervensjon tilpasses til de lokale forholdene og om hvordan teknologi kan understøtte dette.

Tabell 3 gir en oversikt over hvordan disse implementeringsstrategiene er anvendt i årene fra 2016-2019 og viser at ved utgangen av 2019 hadde prosjektet benyttet alle de 9 strategiene i stor grad.

Strategi	2016	2017	2018	2019
Involvere brukere	+++*	+++	+++	+++
Anvende vurdering og iterative strategier	+++	+++	+++	+++
Endre infrastruktur	+	++	+++	+++
Utvikle relasjoner mellom interessentene	+++	+++	+++	+++
Bruke økonomiske strategier	+	++	++	+++
Støtte klinikere		++	++	+++
Trene og utdanne interessenter		+	++	+++
Sørge for interaktiv assistanse	+	++	++	+++
Tilpasse og skreddersy til den spesifikke konteksten	++	++	++	+++

Tabell 3: Implementeringsstrategier i årene 2016-2019

+ Strategi benyttet i liten grad, ++ delvis benyttet, +++ strategi benyttet i stor grad

5.3.1 «I drift» 2020 og spredning av modell til andre kommuner

Informasjons- og kompetansespredning

Rehabiliteringsprosjektet har jobbet aktivt med informasjons- og spredningsaktiviteter gjennom alle prosjektår. Prosjektet har også hatt en omfattende egen-dokumentasjon av delprosjekter i flere rapporter. En oversikt over prosjektets rapporter finnes på websidene til Indre Østfold kommune⁶. Her finner man også filmen som ble produsert i 2020. På grunn av Korona-situasjonen har fokuset i 2020 vært mest på spredning gjennom digitale kanaler. Prosjektet har organisert og deltatt på digitale workshops og webinarer. Gjennom dette arbeidet har prosjektet bidratt til kompetanse-spredning om rehabilitering både innad i egen kommune og utad mot andre miljøer, og ikke minst mot politikere og beslutningstagere. Rehabiliteringsprosjektet er presentert for Helse- og omsorgs-komiteen, og de har fremmet forslag om etablering av et nasjonalt utviklingscenter for rehabilitering sammen med Sunnaas Sykehus.

⁶ <https://www.io.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/aktivitet-og-rehabilitering/rehabilitering/innovativ-rehabilitering/>

Rehabiliteringsprosjektet har bidratt til spredning og inspirasjon i kommuner, frivillig sektor, spesialisthelsetjenesten, fagforbund og i utdanningssektoren. Personer fra TVT har avholdt forelesninger for studenter innen fysioterapi og ergoterapi, en person har begynt på et PhD-prosjekt, samt at rehabiliteringsenheten stiller med praksisplasser for studenter. Prosjektet har også hatt dialog med næringslivet gjennom Norway Health Tech og bedrifter som har tatt kontakt. I tillegg deltar de i Norvis⁷, et forskningsnettverk om syn og slag. Denne spredningsaktiviteten og kontakten har bidratt til at prosjektets tankegodt er spredd og utfordret.

Tilbakemeldinger på rehabiliteringsmodellen fra eksterne

Vårt datamateriale viser en gjennomgående positivt respons på modellen samfunnsbasert rehabilitering, se Figur 2 (SS, MIR, MIR-polls). Det framheves som positivt at den så tydelig viser personen i sentrum og får en til å reflektere ekstra rundt involvering av lokalsamfunnet.

«Godt beskrivende, liker at pasienten er så tydelig i sentrum.» (SS)

«Modellen er veldig visuelt fin og viser på en god måte at rehabilitering innebærer mer enn de tradisjonelle "helsefagene".» (SS)

«Relevant. Se det illustrert gir det mer mening. Hjelper til å huske på alle faktorer som må inn for å få til et vellykket forløp.» (MIR)

Fagpersoner i Indre Østfold, andre kommuner og i spesialisthelsetjenesten uttaler at det å ha denne visualiseringen inspirerer, og hjelper en til å holde fast på grunnverdiene i rehabilitering.

«Personorienteringen inspirerer oss i spesialisthelsetjenesten, da vi har kommet kortere her enn kommunene. Å se helheten rundt personen og samfunnet han/hun lever i.» (SS)

«Sentralt å visualisere en modell for å holde fast på grunnverdiene.» (SS)

Den bidrar også til at man husker på alle faktorer som er viktige for å få til et vellykket Rehabiliteringsforløp. Eksterne aktører ser for seg at den visualiserte modellen kan være et godt dialogverktøy for å synliggjøre behovet for involvering av mange ulike aktører, og for å kommunisere på politisk nivå for å søke forankring.

⁷ <https://www.usn.no/forskning/hva-forsker-vi-pa/synsvitenskap/nasjonalt-senter-for-optikk-syn-og-oyehelse/forskning/synsergonomi-livskvalitet-og-samhandling/norwegian-vision-in-stroke-norvis>

«Egner seg som modell for å kommunisere mellom tjenesten, politisk nivå og bruker/samfunn/frivillighet» (MIR)

Det at den grønne sirkelen som representerer lokalsamfunnet er like stor som den lilla sirkelen som representerer helsevesenet, betegnes både som noe av det mest utfordrende, men også inspirerende.

Siden jeg selv har lang bakgrunn i helsetjenesten, synes jeg det er litt utfordrende at den lilla og grønne sirkelen er like store, da jeg fremdeles opplever at mest ansvar og oppfølging naturlig nok ligger i den lilla sirkelen. (SS)

Rehabiliteringen vil favne flere behov raskere og bruke lokalsamfunnet i større grad som arena. I dag kan vi være for profesjonsorientert og glemme at livet leves hjemme. (SS)

Modellens relevans og ulik organisering i kommunene

Modellen oppleves gjennomgående som relevant i andre kommuner, samtidig som det pekes på utfordringer med å kunne implementere den andre steder (SS, MIR, MIR-polls). Visualiseringen av modellen alene er ikke selvforklarende, og gir ikke konkrete svar på hvordan få til samhandlingen i praksis, selv om TVT og teknologi som personens høyre og venstre hånd gir en pekepinn. De utfordringen flest trekker fram er de store ulikhetene i kommunenes nåværende organisering, samt mangel på forankring og ressurser i kommunene. Dette knyttes opp mot utfordringer med tanke på tid, organisering og skalering, behovet for mer dokumentasjon av økonomiske gevinster og erkjennelsen av at det ligger en kostnad i selve endringsarbeidet.

«Hovedutfordringen hos oss er mangel på ressurser og forankring.(SS)»

«Blir vanskelig å drive innovasjonsarbeid hvis man ikke har sammenhengende tid (MIR)»

«tid- mulighet å prioritere kvalitetsheving (MIR)»

«Vil tenke at mange kommuner (øverste ledelse) ser utfordringer på økonomiske aspekter med å etablere et ambulant team og at de trenger mer dokumentasjon på økonomiske gevinster.» (SS)

For små kommuner kan det være en utfordring å opparbeide nok kompetanse innen rehabilitering og at de dermed blir sårbare, både på grunn av for få stillinger, og behovet for stadig opplæring ved turnover. I tillegg pekes det på viktigheten av god ledelse og kultur, og utfordringer knyttet til teknologiskepsis blant klinikere. Kommuner ønsker seg igangsettingshjelp, i form av økonomiske virkemidler og konkrete implementeringsguider.

«Innovasjon og endringsvilje- bevisst rekruttering av ledere som engasjerer seg i dette.» (MIR)

«Behov for at andre kommuner kan få "igangsettingshjelp" til å implementere og at det bør gis mulighet for at Indre Østfold kan ha en vedvarende rolle i å rådgi andre kommuner» (SS)

Synliggjøring av betydning og omfang av koordinering

Deltakere i workshops og webinarer mener at det er behov for en felles forståelse for hva rehabilitering er, og at tjenestene i dag ofte er for styrt av enkelte fagprofesjoner. Mange ønsker å bli bedre på tverrfaglighet og koordinering (MIR-polls). Det pekes på utfordringer med koordinering, spesielt opp mot spesialisthelsetjenester og andre sektorer i kommunen.

«Hvem har ansvaret for koordineringen? Hvis det blir synliggjort vil kanskje noe skjedd. Synliggjøre ansvar.» (MIR)

«Utfordring med koordinere over og på siden. Har med hvilke brukere man har. Mange systemer og mange ledd» (MIR)

Vi opplever utfordringer med å plassere ansvar for koordinering innad i helsetjenestene, og enda større vansker med å finne "noen" som har myndighet, kapasitet og kompetanse til å koordinere så bredt. (SS)

«Å skaffe oversikt. Motivere til å ta på seg koordineringsoppdrag» (SS)

«jeg ser koordinering som en stor utfordring.»(SS)

Deltagerne opplever utfordringer med å plassere ansvar for koordinering innad i helsetjenestene, og med å finne hvem som kapasitet og kompetanse til å koordinere. Det oppleves derfor som svært nyttig at Rehabiliteringsprosjektet har synliggjort betydningen og omfanget av koordineringsarbeidet. Rehabiliteringsprosjektet erfarer at koordineringsarbeidet gir gevinster i form av tidlig igangsetting, mindre avbrudd og derved mer intensitet i rehabiliteringsforløpet. Koordineringsarbeidet utgjør rundt 20% av TVT sin arbeidsinnsats over en tre-års periode, se Figur 9 på side 34. Samtidig viser tallene at tidsandelen på koordinering har sunket i løpet av registreringsperioden. Dette kan være en effekt av TVT sin dialog med samhandlingsaktører for å etablere avtaler og forbedring av rutinene, at aktørene har blitt bedre kjent med hverandre, at de har fått bedre oversikt, og ikke minst mer erfaring med rutiner og bruk av teknologi.

6 Rehabiliteringsfeltets kompleksitet og modellens bærekraft

Økosystemet for Rehabilitering har mange aktører. I dette kapitlet viser vi hvor komplekst systemet er og hvor mange aktører som er involvert (6.1). Deretter diskuterer vi modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» i lys av kravene i forskriften og føringene i veileder og opptrappingsplanen, CBR og WHO sine anbefalinger

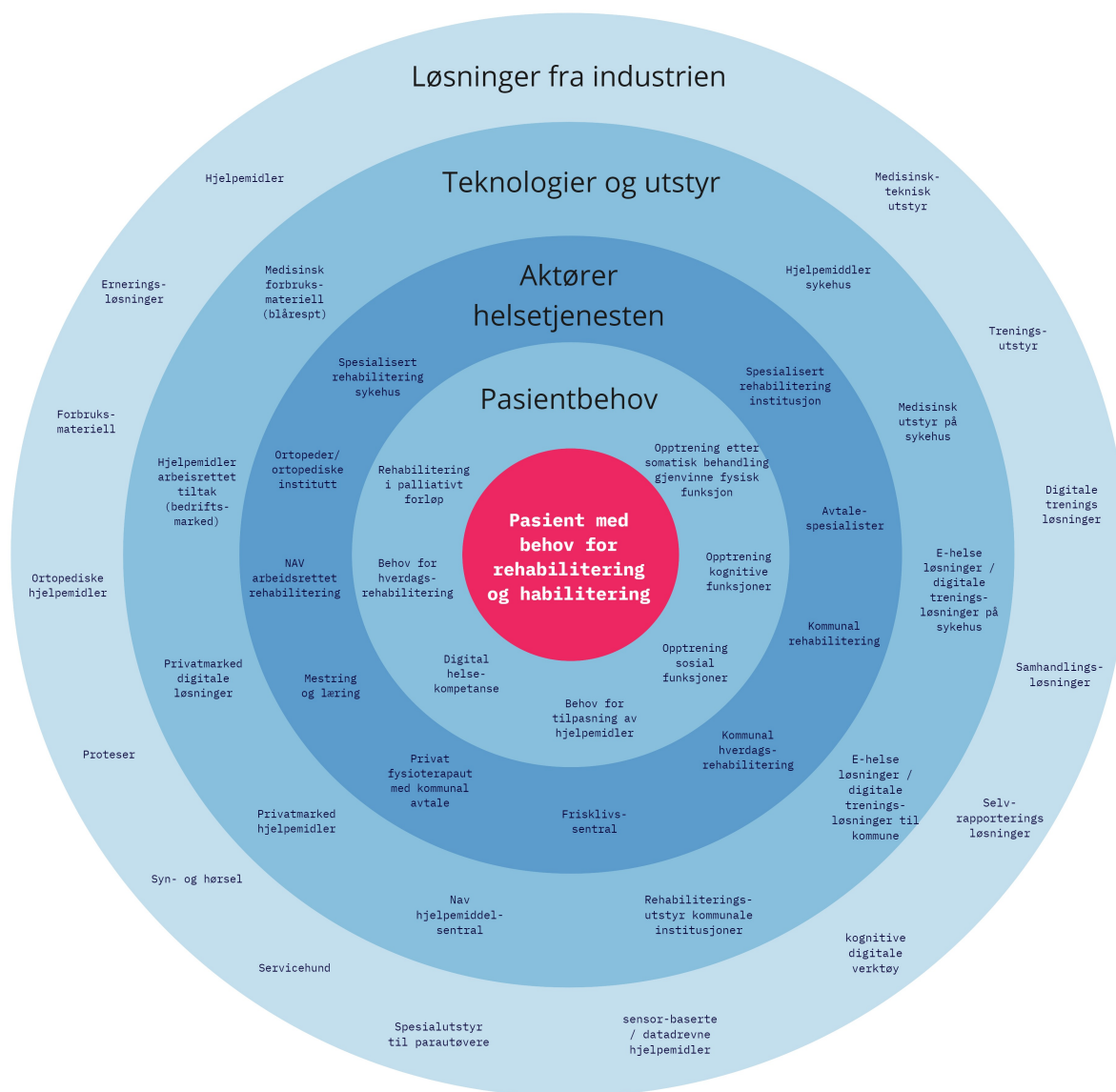
6.1 Et komplekst økosystem

Figur 15 viser hvor komplekst økosystemet for rehabilitering er med utgangspunktet personen i sentrum. Sirklene rundt beskriver andre aktører utfra nærhet til personen; aktører i helsetjenesten, teknologier som aktører i dette systemet i nest ytterste sirkel og til sist alle næringsaktører som er involvert. Modellen viser en omfattende kompleksitet og behov for ledelse på ulike nivåer samt koordinering.

Pasientbehov omfatter opptrening både av fysisk, kognitiv og sosial funksjon, samt rehabilitering i palliativ fase. I tillegg kommer behov for hjelpemidler; hverdagsrehabilitering og minst digital helsekompetanse.

Aktørene i helsetjenesten er mange; både offentlige og private.

Teknologier og utstyr er et omfattende næringsområde, med potensiale for stor effekt for personen selv i rehabiliteringsforløpet og for aktørene i helsetjenesten. I Rehabiliteringsprosjektet er potensialet i kommunal rehabilitering synliggjort blant annet med en kost nytte beregning av bruk av virtuell trening, se prosjektets egen sluttrapport (IRIØ, 2021, s. 24).



Figur 15: Aktørkart for habilitering og rehabilitering

6.2 Vurdering av Rehabiliteringsmodellen

Ifølge Rehabiliteringsprosjektet bygger Samfunnsbasert rehabilitering på

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som tråde i kraft 01.01.2012 og sist endret i 2018,
- Veileder om habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015), samt føringer i
- Opptappingsplanen for rehabilitering (HOD, 2016), og
- CBR-retningslinjene (se kapittel 2.1).

I 2017 kom verdens helseorganisasjon (WHO) med oppdaterte og evidensbaserte anbefalinger for rehabilitering, gjennomgått og vurdert av eksperter og fagfelleverdert (WHO, 2017). Formålet med anbefalingene er å styrke kvaliteten på rehabiliteringstjenester gjennom tverrfaglig arbeid og å støtte og opprettholde bærekraftig utvikling og leveranse av rehabiliteringstjenester.

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (HOD, 2018). Dette skal oppnås gjennom at tjenestene tilbys og ytes ut fra 1) et pasient- og brukerperspektiv, 2) i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø samordnet, 3) tverrfaglig og planmessig og 4) i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.

Opptrappingsplanen peker på at det skal etableres målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene skal kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak med stor grad av pasient- og brukermedvirkning.

Nedenfor ser vi på kravene i forskriften, og diskuterer oppfyllelse av disse i lys av føringene i veilederen, opptrappingsplanen, CBR-retningslinjene og rehabiliteringsanbefalingene fra WHO, mm.

Med utgangspunkt i en pasient og brukerperspektiv (§1, punkt 1): Modellen for samfunnsbasert rehabilitering bygger på Rehabiliteringsprosjektets person-perspektiv som innebærer at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess, og hvor TVT medvirker og veileder personen i vedkommendes rehabiliteringsprosess. Opptrappingsplanen understreker at det er personens mål for eget liv som skal legges til grunn for rehabiliteringen, og at dette innebærer at personene er aktivt deltakende i rehabiliteringen. Målsettingen er at personene kan mestre livet med de helseutfordringene de har.

Resultater fra følgeforskningen tyder på at TVT har lyktes med personperspektivet i tråd med føringene. Intervjuer med personer som har fått tjenester fra prosjektet viser at de opplever at de har blitt sett og tatt på alvor på en måte som har styrket dem i deres rehabiliteringsprosess (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020).

I eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø (§1, punkt 2). Gjennom det tverrfaglige teamet som jobber ambulant, kartleggingsrutiner for behov og koordinering av tiltak som muliggjør aktivitet i hjemmet og i lokalsamfunnet, tilbud om dag- og mestringstilbud nær personen, legger modellen opp til at mest mulig av rehabiliteringen skal kunne foregå i personens hjem og lokalmiljø. Et innspill fra en av respondentene i spørreundersøkelsen var at personens hjem kunne vært eksplisitt nevnt i figuren (SS). Tilbudet omfatter også hverdagsrehabilitering.

Modellen imøtekommer opptrappingsplanens anbefaling om større vekt på aktiv omsorg og egenmestring.

Samordnet, tverrfaglig og planmessig (§1, punkt 3). Rehabiliteringsprosjektet har bidratt til samordning gjennom å gjøre seg kjent og utarbeide rutiner og avtaler for samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre aktører i og utenfor det kommunale tjenesteapparatet. Det har også etablert et dag- og mestringstilbud, slik at det kan gis et samordnet tilbud i tråd med anbefalinger i opptrappingsplanen. Videre jobbes det teambasert og tverrfaglig med rehabilitering. Bruk av tverrfaglig arbeid er en sterk anbefaling fra WHO, med høy grad av forskningsmessig evidens (WHO, 2017). TVT har en basiskompetanse bestående av personen selv, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. TVT prioriter rask vurdering etter utskrivning fra sykehus, og det er alltid minst to personer med ulike fagbakgrunn som gjennomfører den første tverrfaglige vurderingen. TVT kartlegger behov for og kobler inn øvrige fagprofesjoner, som ernæringsfysiolog, logoped og psykologisk team dersom kartleggingen tilsier dette. Arbeidet er planmessig da det er utarbeidet rutiner for arbeidet, og det benyttes standardiserte kartleggingsverktøy hvor resultatene registreres i journal (Geric), samhandlingsverktøy (Imatis) og i kvalitetsregister. Registreringene har både vært benyttet for å følge personens utvikling og til å evaluere og utvikle tjenesten. Ved rehabiliteringsbehov prioriterer TVT rask igangsetting av tiltak, og venter ikke på formelle vedtak før oppstart av tiltak.

Vi mener rehabiliteringsmodellen og rehabiliteringsprosjektets implementering av denne bidrar til at de oppfyller kravet om en samordnet, tverrfaglig og planmessig tjeneste på en god måte.

I en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng (§1, punkt 4). TVT bruker tid i starten på god kommunikasjon med personen og på å forstå vedkommendes behov og ønsker, samt å gi veiledning og forklaring om rehabilitering og hva det innebærer. Det fokuseres på deltakelse i meningsfylte aktiviteter i lokalsamfunnet fra start. Prosjektet har etablert samarbeid med jobbspesialist i NAV om samarbeid med arbeidsgiver for de som har arbeid som mål. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering vektlegger det å støtte opp under og utløse ressurser som ligger hos personen selv, nærpersone, sosialt nettverk, nærmiljø og lokalsamfunn. Den anbefaler også at alle med langvarig sykdom får tilbud om å møte en likeperson. Det å møte andre personer i tilsvarende situasjon er en viktig del av rehabiliteringsprosjektets lærings- og mestringstilbud. For å få til et utstrakt likepersonarbeid anbefaler en av prosjektets arbeidsgrupper at man lager en oversikt over aktuelle personer (Lein *mfl.*, 2018). Det er antagelig behov for videre avklaring av hvordan organisere dette. I tråd med WHO sine CBR-retningslinjer om å utnytte lokale ressurser og å unngå duplisering av tjenester, har prosjektet vektlagt samhandling med aktører i kommunen som samarbeider med frivilligheten istedenfor å investere i egne verktøy og rutiner for organisering av frivillige. Det er ikke hensiktsmessig at rehabiliteringsområdet vokser utover og overtar andre områder i kommunen.

Rehabiliteringsprosjektet har hatt fokus på lokalsamfunnet som ressurs gjennom årene. Det finnes gode eksempler på at TVT har vært svært løsningsorienterte og fleksible for å få til involvering og

deltakelse i lokalsamfunnet. Det er et spørsmål om TVT framover vil ha like store muligheter til en slik fleksibilitet i forbindelse med at Indre Østfold blir en SIO kommune, noe som kan gi større rigiditet når det gjelder tidsbruk og tildeling av tjenester (FT). Videre ser det ut til å gjenstå noe på full integrering og samhandling mellom kommunens rehabiliteringstjenester og kommunens tjenester for arbeid opp mot frivilligheten, noe som avhenger av forankring og at ressurser til dette prioriteres i kommunen. Opptrappingsplanen anbefaler at alle med langvarig sykdom får tilbud om å møte en likeperson. Deltakere på workshops og spørreundersøkelsen ser for seg at involvering av lokalsamfunnet er det som vil være mest utfordrende ved å implementere modellen for Samfunnsbasert Rehabilitering (MIR, SS). Evalueringen av opptrappingsplanen, og andre rapporter peker på behovet for bedre integrering og samhandling med andre tjenesteområder utover helse- og omsorg for å lykkes med habilitering og rehabilitering (Leirvåg og Torgersen, 2010; Fuglerud, Kjæret og Tunold, 2020; KPMG, 2020). Viktige områder er samarbeid med frivilligheten, utdanning, opplæring og arbeid. For å få til dette er det behov for forankring på alle nivåer. WHO anbefaler at myndighetene gir tydelige retningslinjer for effektiv integrering og ansvarsfordeling for rehabilitering i helsetjenestene, og at det bør være sterke bånd til andre relevante sektorer, som velferd, utdanning og arbeid (WHO, 2017).

Målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere (§2,3, Kap 5 om individuell plan og koordinator): Virkeområde for forskriften er habilitering, rehabilitering og individuell plan, samt oppnevning av koordinator. Rehabiliteringsprosjektet har i liten grad diskutert forholdet mellom rehabilitering og habilitering. Evalueringen av opptrappingsplanen finner at det er lite fokus på habilitering i de undersøkte kommunene (KPMG, 2020).

Rehabiliteringsenheten har utarbeidet rutiner for samhandling med seksjon for Samskaping, koordinering og inntak som har ansvar for Individuell plan og koordinator. TVT utnevner en kontaktperson, foretar en tverrfaglig vurdering og følger opp med en individuell rehabiliteringsplan (IRP) dersom vurderingen tilsier behov for tverrfaglig og intensiv rehabilitering. Personen setter sine egne mål, basert på egen motivasjon og interesser, med veiledning fra TVT. Dette dokumenteres i IRP, som er et papirdokument som personen oppbevarer. Planen dokumenteres også i personens journal, samt at målene i tillegg føres inn i samhandlingsverktøyet som TVT bruker. Pårørende og andre involverte får informasjon og veiledning i hvordan de kan støtte personen i å nå sine rehabiliteringsmål. Etter endt rehabiliteringsforløp oversendes IRP, og eventuelle forslag til videre oppfølging, til seksjon for Samskaping, koordinering og Inntak som inkluderer relevant informasjon i personens individuelle plan dersom aktuelt.

Det er noen begrensninger i teknologi som kan gi utfordringer i informasjonsflyten. Dersom personer har private behandlere utenfor hjemmet i tillegg til det tverrfaglige teamet, f.eks. en privat fysioterapeut må man finne manuelle løsninger for å dele informasjonen, f.eks. ved at personen selv tar med og viser den papirbaserte individuelle rehabiliteringsplanen. Eksterne

fysioterapeuter har heller ikke tilgang til personens journal eller til samhandlingsverktøyet som TVT bruker.

Rehabiliteringsprosjektet ønsker seg en egnet digital løsning for individuell rehabiliteringsplan. Det er behov for bedre integrering av løsninger for journal og samhandling, samt muligheter for rolle- og adgangskontroll og evt. samtykkeløsning som muliggjør deling til relevante personer utenfor tjenesten, og eventuelt i andre sektorer. Evalueringen av opptrappingsplanen peker på behovet for bedre digitale løsninger for individuell plan (KPMG, 2020).

Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak (§3):

Rehabiliteringsprosjektet har synliggjort viktigheten og omfanget av koordinering og tydeliggjort TVT sin koordinerende rolle for de personene som er i et Rehabiliteringsforløp hos TVT. De har utarbeidet henvisningsrutiner og avklart ansvar og samhandling mellom TVT og øvrige tjenester i enhet for Rehabilitering, læring og friskliv og med seksjon for Koordinering og Inntak. Utarbeidelse av standardiserte henvisningsprosedyrer og koordineringsmekanismer mellom nivåer for å bidra til gode overganger er en sterk anbefaling fra WHO (WHO, 2017).

Prosjektet har hatt utstrakt kontakt med kompetansemiljøer innen utdanning og forskning og det er utarbeidet en kompetanseplan. Sammen med den tverrfaglige teamorganiseringen som involverer ytterligere fagkompetanse ved behov, følges rådet i opptrappingsplanen om større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos de enkelte tjenesteyterne i kommunene.

Pasient- og brukarmedvirkning (§4): Rehabiliteringsmodellen bygger i utstrakt grad på prinsipper om brukarmedvirkning og tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte, personens behov, evner og motivasjon. Pårørende involveres der personen ønsker det. Rehabiliteringsprosjektet har hatt flere referansegrupper, en referansegruppe for elderråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, en referansegruppe for hovedtillitsvalgte, og et lokalt samarbeidsutvalg. Representanter for disse brukerrådene har deltatt i prosjektets arbeidsgrupper. Frivilligheten er tatt med på råd om hvordan de kan bidra gjennom workshops (Paulsen og Delhi, 2019). I følge veilederen innebærer plikten til å innhente og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende at virksomheten har et system for dette. I det videre arbeidet med kvalitetsregistreringer bør en se på hvordan personens og pårørendes vurdering av tjenesten kan inkluderes på en enda mer systematisk måte.

Opptrappingsplanen peker på at brukerorganisasjonene bør inviteres som viktige bidragsytere og samarbeidspartnere. Det anbefales at rehabiliteringsenheten i Indre Østfold fortsetter å konsultere interessenter, inkludert personen, pårørende og ansatte.

Oversikt over behov for og planlegging av habilitering og rehabilitering i kommunen (§5): Ved å samle rehabilitering, læring og friskliv i en enhet blir det enklere å ha oversikt over behovet. Bruk av kvalitetsregisteret viser både antall personer som har fått en vurdering av TVT, som har

gjennomført et Rehabiliteringsforløp, ressursbruk og resultater av rehabiliteringen. Dette har bidratt til langt bedre oversikt over og muligheter for å ta riktige beslutninger og innrette tjenesten for å møte behovet for habilitering og rehabilitering. Det at Indre Østfold kommune er en ny kommune gjør at det kanskje kan ta noe tid før man har full oversikt over omfang og behov.

Det blir viktig i fortsettelsen å videreføre og ivareta systematikk og oversikt ved omlegging fra det separate kvalitetsregisteret til registrering og rapportering ved hjelp av andre eksisterende systemer. Dette må videre samordnes med seksjon for Samordning, Koordinering og Inntak.

Alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering (§5): Det er etablert egen enhet for rehabilitering, hvor det også inngår dag- og mestringstilbud, hverdagsrehabilitering, samt planer om åpning av sengeplasser for rehabilitering i juni 2021. Opptrappingsplanen peker på at lærings- og mestringstilbud ifølge brukerne bør inkludere hjelp til kognitiv mestring, ettersom smerter, og konsekvenser av kronisk sykdom kan slite på psyken.

Dette aspektet er tatt inn i Indre Østfold sitt mestringstilbud. Det er svært høye forskningsmessige bevis, og en sterk anbefaling fra WHO at man har spesialiserte rehabiliteringsenheter for pasienter med komplekse behov på sykehus (WHO, 2017). Sammenslåing til en storkommune, etablering av nye rehabiliteringstjenester og samling av rehabiliteringstjenestene i en enhet gjør trolig at personer som trenger det i langt større grad enn tidligere får nødvendig utredning og oppfølging.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen (§6): I følge opptrappingsplanen bør kommunene ha en godt fungerende koordinerende enhet, som har oversikt over alle tjenester og være kommunens rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt. Den skal samarbeide nært med alle aktuelle tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og andre sektorer utenfor helse- og omsorgstjenestene. Det anbefales å ta i bruk IKT- og velferdsteknologiske muligheter for å få til omstilling i arbeidsformer og økt samhandling.

Seksjon for Samordning, koordinering og inntak, og enhet for Rehabilitering, mestring og friskliv har etablert rutiner for informasjonsutveksling rundt inntak, henvisning, vedtak samt individuell rehabiliteringsplan, samt at de har ukentlige møter. Personer som har mottatt tjenester fra prosjektet opplever god koordinering fra TVT (Fuglerud, Lauritzen og Eide, 2020). I tillegg har prosjektet tatt i bruk teknologi for økt samhandling med øvrige tjenester og personen, og for bedre kvalitet og intensitet i behandlingen. Flere av teknologiene som man har fått erfaring med er videreført inn i drift.

Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering: Rehabiliteringsprosjektet har jobbet aktivt med informasjonsarbeid for å gjøre seg kjent blant aktuelle samhandlingsaktører i spesialisthelsetjenesten og blant andre aktører i kommunen. Terskelen for henvising lav. Rehabiliteringsenheten og TVT tar imot melding om

rehabiliteringsbehov fra spesialisthelsetjenesten, koordinerende enhet, fagpersoner i kommunen, pårørende eller personen selv.

Hjelpemidler og ergonomiske tiltak: TVT samhandler med kommunens boligkontor og korttidslager for hjelpemidler og ergonomiske tiltak. I tråd med råd om at rehabiliteringsbehovet utredes før det tilstås kompenserende tiltak og tjenester, avventes det med å søke permanente hjelpemidler til personen har gjennomgått rehabiliteringsforløpet, for da å kunne vurdere eventuelle varige behov.

Digital kompetanse blir stadig viktigere for å kunne delta og bidra i informasjonssamfunnet. For en del personer som har behov for rehabilitering kan det være behov for å tilegne seg grunnleggende digital kompetanse. Dette vil være nyttig for å kunne ta i bruk ulike typer rehabiliteringsteknologi og en god investering for videre egenmestring på svært mange områder. For eksempel utgjør personer med slag utgjør ca. 1/3 av alle igangsatte forløp i Rehabiliteringsprosjektet (se Figur 6 og tekst på side 33). Inntil 60 % av de som får hjerneslag får synsforstyrrelser som følge av dette (Falkenberg *mfl.*, 2020). Personer med nedsatt syn trenger vanligvis tilpasset opplæring for å kunne bruke teknologi (Fuglerud og Kjæret, 2021). Koblingen mellom grunnleggende digitale ferdigheter, digital helsekompetanse, muligheter på arbeidsmarkedet og egenmestring i informasjonssamfunnet er et området med stort potensial for forbedring, og et eksempel på et område med et stort behov for tverrsektorielt samarbeid.

Konklusjon

Alt i alt mener vi at modellen Samfunnsbasert rehabilitering, slik den er presentert i Figur 2, og slik Rehabiliteringsprosjektet har implementert den, ut fra vårt datamateriale og prosjektets rapporter, oppfyller føringene i grunnlagsdokumentene på en god måte.

6.3 Ledelse

CBR retningslinjene legger vekt på ledelse av rehabiliteringsprogram og har viet et kapittel til dette. I følge CBR er lederen ansvarlig for å motivere, inspirere, lede og støtte interessenter for å oppnå program mål og resultater. Det er derfor viktig å velge sterke ledere som er engasjerte, gode kommunikatører og nyter høy grad av respekt fra ulike grupper av interessenter (World Health Organization, 2010)

Ledelsens verdigrunnlag, formidling og prioriteringer kan bidra til at medarbeidere opparbeider kunnskap og holdninger som styrker myndiggjøring. Litt enkelt kan man kanskje si at medarbeidere som er selv er myndige og opplever trygghet, trivsel, tillit og har kompetanse, vil være bedre i stand til å bidra til å støtte personer i selvledelse i et Rehabiliteringsforløp (KS, 2005). Det å ha et aktivt forhold til begreper som myndiggjøring og brukermedvirkning i hverdagen er med på å gi begrepene innhold. Rehabiliteringsprosjektet har behandlet dette temaet i en egen arbeidsgruppe

(Lein *mfl.*, 2018). I tillegg er temaet stadig aktualisert gjennom refleksjoner og diskusjoner i TVT om hvordan man best mulig kan møte personer i et rehabiliteringsløp og støtte deres prosess.

Tilbakemeldinger fra personer som har mottatt tjenester fra TVT, og fra andre personer i kommunen, tyder på at prosjektet i stor grad har lyktes med å legge perspektivet om myndiggjøring til grunn for kommunikasjon med personene og i måten de har møtt personer på i deres rehabiliteringsforløp. Dette reflekterer tilbake på ledelsen i prosjektet.

7 Hva kan «Samfunnsbasert Rehabilitering» bidra med fremover i nasjonal sammenheng?

I lys av arbeidet i Rehabiliteringsprosjektet diskuterer vi det evalueringen av Opptrappingsplanen peker på som systematisk svakheter i rehabiliteringsfeltet i nedenfor og hvordan det er funnet løsninger på dette i Indre Østfold. Anbefalinger for videre arbeid fra følgeforskningen er oppsummert i starten av rapporten, se side 2.

Manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Prosjektet har jobbet systematisk med temaet gjennom tidlig kartlegging og spørreundersøkelse om rehabiliteringstjenestene i alle kommunen i Indre Østfold. Dette viste behov for å øke kvaliteten, kompetanse, organisering og ressurser, særlig for pasienter med komplekse forløp og mer krevende behov. På bakgrunn av dette ble det søkt om midler og utarbeidet en handlingsplan for bedre rehabilitering i IØ.

Etableringen av internt kvalitetsregisteret har synliggjort betydningen av en økt innsats på rehabilitering, gjennom dokumentasjon av effekter av tiltakene. Dette har gitt muligheter for kontinuerlig justering og forbedring, og dermed også for forankring hos politikere i kommunene.

Manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Det at IØ har hatt prosjektmidler og dedikerte medarbeidere organisert i team (TVT), har gjort IØ til en mer strukturert samarbeidspartner for spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har satt koordinering høyt på agendaen, tatt initiativ til tettere oppfølging av personer (pasienter). Ca. 20% av personene som er behandlet av TVT kommer rett fra sykehus. Registreringer i kvalitetsregisteret tyder på det har vært en god del koordinering og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forløpene. Vårt inntrykk er at koordineringsarbeidet er effektivisert gjennom prosjektperioden.

Prosjektet har hatt et godt samarbeid med Sunnaas og sykehuset Østfold. En ressurs fra Sunnaas har deltatt i prosjektet for å styrke kompetansen på teknologi, og det har vært gjennomført prosjekt for utprøving av koordineringsmøter med bruk av video med Sykehuset Østfold.

Svikt i koordinering av tjenester

Rehabiliteringsprosjektet viser at en må sette av tid til koordinering. Forskriften og opptrappingsplanen gir ikke så spesifikke føringer for forholdet mellom tverrfaglige team og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Her mangler det spesifikke føringer, noe som gjør at det organiseres på vidt forskjellige måter i kommunene (KPMG, 2020).

Sett i lys av antallet aktører i rehabiliteringsfeltet og kompleksiteten det medfører, er det antagelig et stort potensiale for ytterligere koordinering av tjenestene, også i Indre Østfold. Hvis kommunene

skal oppfylle forventningen om å ta helhetlige ansvaret for koordineringen av rehabiliteringen, må ressursene til koordinering styrkes ytterligere. Modellen fra Indre Østfold har vist at tverrfaglige team (TVT) kan være en god struktur for å håndtere dette.

Behov for bedre kvalitetsindikatorer

Det interne kvalitetsregisteret har vært viktig for utvikling av rehabiliteringsprosjektets tjenester, men det vurderes som for ressurskrevende å fortsette med dette i samme form. Dette skyldes både at registeret har medfører dobbeltføringer, samt at det å gjennomføre flere retester etter endt forløp har vært krevende. En mulighet er å la fysio- eller ergoterapeuter som eventuelt følger opp personene etter endt intensiv rehabilitering gjøre dette, men det vil kreve forbedringer i registrerings – og journalsystem. Bruk av f.eks. IPLOS og EQ5D oppleves ikke alene å være dekkende nok til å gi en tilsvarende mulighet for evaluering og oppfølging av kvalitet i rehabiliteringstjenesten. For at kvalitetsindikatorene skal være et nyttig verktøy for kvalitetsforbedring, er det viktig at de oppleves nyttige for tjenesten og personen. Kvalitetsindikatorer bør omfatte personens individuelle måloppnåelse og funksjonsforbedring, helse- og livskvalitet og vurdering av tjenesten. Løsninger for registrering og oppfølging av kvalitetsindikatorer bør være digitale med tilgang både for personen og tjenesten.

Behov for mer konkrete nasjonale føringer

Evalueringen av Opptappingsplanen peker på at kommunene organiserer arbeidet med habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator på svært forskjellige måter. Selv om muligheter for lokal tilpassing er et viktig prinsipp, gir de relativt store frihetsgradene i organisering en del utfordringer. Blant de nevnte utfordringene er mange tilfeller av å finne opp hjulet på nytt og mye parallelt arbeid med å utvikle rutiner og håndbøker. Videre har innbyggerne problemer med å finne fram i kommunenes tjenestetilbud, samt at det blir vanskeligere å sammenligne kvalitet i tjenestetilbudet på grunn av ulik inndeling, organisering og rapportering. Rehabiliteringsprosjektet har gjort seg viktige erfaringer innen mange av områdene som har svakheter som nevnt over.

Erfaringene fra prosjektet kan tyde på at det å samle de kommunale rehabiliteringsressursene som en egen enhet kan styrke fagmiljøet og gi rehabilitering en sterkere stemme i det kommunale systemet. Det bør vurderes om det er behov for å styrke rehabilitering ytterligere på nasjonalt nivå. Det ser ut til at det er behov for sterkere koordinering og samhandling mellom forvaltningsnivåene og mellom sektorer. En mulighet kan være å løfte arbeidet med rehabilitering inn i Helsefellesskapene. Vi anbefaler å ta med erfaringene fra Rehabiliteringsprosjektet i det videre arbeid med å konkretisere nasjonale føringer for rehabilitering.

8 Referanser

Arbeidsgruppen SIR (2017) *SENGER FOR INTENSIV REHABILITERING. Arbeidsgruppens levering*. Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.

Arbeidsgruppen SIR, TVT og Dehli, K. A. (2020) *Prosjekt innovativ rehabilitering: Utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten, Helsehuset IØMK IKS*. Tilgjengelig på: https://www.io.kommune.no/_f/p1/ia91c8234-05fc-4a74-a599-46fe3f4cd140/rapport-utproving-av-senger-for-intensiv-rehabilitering_290420.pdf.

Arbeidsgruppen TVT (2017) «Tverrfaglig vurderingsteam. Arbeidsgruppens levering». Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold.

BLD (2013) «Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne», *Brosjyre/Veiledning*, s. 36. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/konvensjonen/id724096/> (Åpnet: 24. februar 2021).

Braun, V. og Clarke, V. (2006) «Using thematic analysis in psychology», *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

Braun, V. og Clarke, V. (2020) «Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches», *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(September 2020), s. 37–47. doi: 10.1002/capr.12360.

Crang, M. og Cook, I. (2007) *Doing Ethnographies*. Los Angeles - London - New Delhi - Singapore: Sage Publications Ltd.

Eide, H. mfl. (2017) *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Følgeevaluering delrapport 1*. 12. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge. Vitensenteret Helse og teknologi.

Eide, T. og Aadland, E. (2021) *Etikkhåndboka. Refleksjon, organisasjon, ledelse*. 3. utgave.

Eide, T., Landmark, B. og Martinsen, T. (2015) *Refleksjonshåndboka – for etisk lederskap i helse – og omsorgstjenestene. KS Samarbeid om etisk kompetanseheving*. Tilgjengelig på: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/>.

Falkenberg, H. K. mfl. (2020) «‘invisible’ visual impairments. A qualitative study of stroke survivors’ experience of vision symptoms, health services and impact of visual impairments», *BMC Health Services Research*, 20(1). doi: 10.1186/s12913-020-05176-8.

Fuglerud, K. S. og Kjæret, K. (2021) *iStøtet – IT-støtte for synshemmede eldre: Inkludering i informasjonssamfunnet – motivasjon, opplæring og oppfølging*. 1053. Norsk Regnesentral.

Fuglerud, K. S., Kjæret, K. og Tunold, S. (2020) *iStøtet – IT-støtte for synshemmede eldre*. Oslo: Norsk Regnesentral.

-
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H. og Eide, H. (2018) *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold. Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Følgeevaluering, delrapport 2. 7*. Drammen: Universitetet i Sørøst-Norge. Tilgjengelig på: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2568719%0Ahttps://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444139>.
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H. og Eide, H. (2019) *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Følgeevaluering, delrapport 3. 33*. Drammen: Universitetet i Sørøst-Norge. Tilgjengelig på: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2629679>.
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H. og Eide, H. (2020) *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold. Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Følgeevaluering, delrapport 4. 52*. Drammen: Universitetet i Sørøst-Norge. Tilgjengelig på: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2675847>.
- Grandisson, M. mfl. (2016) «Expert consensus on best evaluative practices in community-based rehabilitation», *Disability and Rehabilitation*, 38(5), s. 499–510. doi: 10.3109/09638288.2015.1044030.
- Grandisson, M., Hébert, M. og Thibeault, R. (2017) «Practice guidelines for program evaluation in community-based rehabilitation», *Disability and Rehabilitation*, 39(12), s. 1243–1251. doi: 10.1080/09638288.2016.1189604.
- Helsedirektoratet (2015) «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]», (*sist faglig oppdatert 02. desember 2020, lest 08. mai 2021*). Oslo. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>.
- Helsedirektoratet (ingen dato) *Empowerment, forebygging.no/kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebyggende arbeid*. Tilgjengelig på: <http://www.forebygging.no/Ordbok/A-E/Empowerment/> (Åpnet: 13. april 2020).
- HOD (2016) «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)». Helse- og omsorgsdepartementet.
- HOD (2018) «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - Lovdata», *Lovdata*. Redigert av Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.no. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=rehabilitering>.
- HOD Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. oslo: regjeringen.no. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (Åpnet: 24. mai 2021).
- IØK (2020a) *Hverdagsrehabilitering - Indre Østfold Kommune: Prosjektrapport - Utprøving hverdagsrehabilitering*. Tilgjengelig på: https://www.io.kommune.no/_f/p1/i73e5d080-84fc-461e-a3e8-ee01463efec0/hverdagsrehabilitering-2020.pdf.
- IØK (2020b) *Organisasjonskart Indre Østfold kommune: Helse og velferd*. Tilgjengelig på: <https://www.io.kommune.no/tjenester/administrasjon/kommunalomradene-med-organisasjonskart/helse-og-velferd/> (Åpnet: 13. mai 2021).
- IRIØ (2019) *Ivaretagelse av ernærings situasjonen i et rehabiliteringsforløp: rapport fra fokusgruppe ernæring*.

IRIØ (2021) *PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING - 5 års rapport - Fra prosjekt til implementering Indre Østfold kommune 2016 - 2020*.

Johansen, I. mfl. (2011) «Effective rehabilitation of older people in a district rehabilitation centre», *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(5), s. 461–464. doi: 10.2340/16501977-0792.

Johansen, I. mfl. (2012) «Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings», *BMC Health Services Research*, 12(1), s. 400. doi: 10.1186/1472-6963-12-400.

Karp, T. (2014) *Endring i organisasjoner : ideologi, teori og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kotter, J. P. (2012) *Leading change*. Boston, Mass: Harvard Business Review Press.

KPMG (2020) *Evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*.

Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-habilitering-og-rehabilitering> (Åpnet: 18. februar 2021).

KS (2005) *Myndiggjorte medarbeidere - gir bedre pleie- og omsorgstjenester*.

Lein, A. mfl. (2018) *Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess. Levering fra arbeidsgruppen «Myndiggjøring av person»*. Prosjekt innovativ rehabilitering indre Østfold.

Leirvåg, R. og Torgersen, S. (2010) *Utvikling av tiltakskjeder for personer som blir synshemmet i yrkesaktiv alder*. Tilgjengelig på: <https://www.statped.no/laringsressurs/syn/Utvikling-av-tiltakskjeder-for-personer-som-blir-synshemmet-i-yrkesaktiv-alder/>.

NOU (1997: 2) *Pasienten først! — Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: regjeringen.no.

Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/> (Åpnet: 24. mai 2021).

Paulsen, I. T. og Delhi, K. A. (red.) (2019) *Helhetlig forløp- Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp: Arbeidsgruppens levering*. Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold.

Powell, B. J. mfl. (2015) «A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project», *Implementation Science*, 10(1), s. 21. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1.

Schönfelder, W. mfl. (2020) *Jobbspesialister i NAV Følgeforskning på implementering av oppfølgingstjenester i egenregi*.

Shumba, T. W., Haufiku, D. og Mitonga, K. H. (2020) «The evolution of community-based rehabilitation (CBR) programmes: a call for mixed evaluation methodologies», *Journal of Health Research*, 34(6), s. 505–514. doi: 10.1108/JHR-08-2019-0183.

TVT (2017) *Evaluering av pilot for tverrfaglig vurderingsteam*.

Waltz, T. J. mfl. (2015) «Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study», *Implementation Science*, 10(1), s. 109. doi: 10.1186/s13012-015-0295-0.

WHO (2010) *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*, World Health Organization. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310921/#introduction.s52> (Åpnet: 10. april 2021).

WHO (2017) *Rehabilitation in health systems*. Geneva. Tilgjengelig på: https://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/.

World Health Organization (2010) *Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Supplementary Booklet*, World Health Organization. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/publications-detail/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines> (Åpnet: 24. februar 2021).

Vedlegg 1: Rehabiliteringsprosjektets formål og overordnede mål

Målet med Rehabiliteringsprosjektet er å utvikle innovative løsninger for en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold med et sterkt interkommunalt fokus for å utvikle og styrke tjenester på tvers av kommunegrensene. Det skal legges vekt på nye løsninger både for organisering av tjenesten og bruk av teknologi der teknologien skal understøtte både pasientbehandling og arbeidsprosesser. Prosjektet skal utvikle løsninger for et rehabiliteringsforløp hvor brukeren står i sentrum, og hvor forventede resultater av anbefalingene er effektivisering i drift, god ressursutnyttelse og økonomiske incentiver for kommunene.

Helsedirektoratet har lagt følgende føringer for arbeidet:

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

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

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

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

Hovedmål for Rehabiliteringsprosjektet er konkret å

1. Utarbeide en plan (2017-2020) for interkommunal rehabilitering i Indre Østfold basert på innovative løsninger og kunnskapsbasert praksis for å styrke rehabiliteringstilbudet og redusere bruk av kompenserende tjenester.
2. I planen (2017-2020) beskrives et helhetlig pasientforløp som inkluderer forslag til en interkommunal tverrfaglig rehabiliteringsenhet med ambulant team, hvor pasientens rehabiliteringsbehov står i sentrum og hvor arbeidsprosesser og pasientbehandling understøttes av relevant teknologi.
3. Ha nasjonal overføringsverdi.

Det overordnende mål på tjenestenivå for Rehabiliteringsprosjektet er å

- utvikle og prøve ut en løsning for kommunalt/interkommunalt samarbeid om disse tjenestene; hhv enhet for sentral rehabilitering og et ambulant team
- utvikle kunnskap som har overføringsverdi til andre.

Det overordnede mål på brukernivå er å:

- Styrke pasienters og brukeres muligheter for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne
- Forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester

Rehabiliteringsprosjektet benytter definisjonen for rehabilitering beskrevet i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, kapittel 2 § 3).

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

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Vedlegg 2: Sammendrag følgeforskning 2019

Rehabiliteringsprosjektet har i 2019 hatt særlig fokus på følgende hovedtemaer:

- Fra prosjekt til drift for tverrfaglig vurderingsteam
- Utprøving av senger- småskala
- Utprøving av dagtilbud- småskala
- Videre utprøving av teknologi
- Jobbet med eget kvalitetsregister og etablert rutiner og praksis for registrering i IPLOS
- Videreføring av rehabiliteringsmodellen og personperspektivet inn i ny kommune, inkludert koordinering og individuell plan
- Tett samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre aktører om helhetlige tjenester ut fra den enkeltes behov
- Har jobbet med kompetanseplan og inkludering av nye tjenester for rehabilitering i ny kommune
- Erfaringsdeling og formidling ut mot samarbeidspartnere lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Følgevalueringens hovedinntrykk

- Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har også i 2019 vist evne til å levere gode resultater i henhold til målsetningen. Det er etablert et sterkt fagmiljø som jobber målrettet med innføring av nye og innovative tjenester.
- Målinger av funksjonsnivå og tilfredshet hos pasienter som har mottatt tjenester koordinert av tverrfaglig team viser god forbedring på samtlige måleparametere i perioden mens tjeneste gis. Retester viser at pasientene opprettholder funksjonsnivå etter 3 og 6 måneder. Trenden viser tilsvarende målinger etter 18 måneder.
- Prosjektet har i 2019 planlagt og gjennomført utprøving av nye tjenester – ulike dagtilbud og sengepost. Tilbakemelding fra brukerne av disse tjenestene er gjennomgående positive.
- Prosjektet har gjort viktige erfaringer med bruk av samhandlingsløsning, videoassistert dialog og rehabiliteringsteknologier for bruk i hjem av pasienten selv. Alle aldersgrupper har tatt i bruk teknologi.
- Overføring og implementering av tjenestene fra prosjekt til drift og fra organisering i det interkommunale selskapet til å bli integrert i den nye enheten «Rehabilitering, læring og friskliv» i Indre Østfold kommune har vært krevende, men ser ut til å fungere godt.
- Full implementering av modell for «samfunnsbasert rehabilitering» er avhengig av samfunnsdelen av modellen med økt fokus på helsefremming, psykososial helse og den enkeltes deltakelse i lokalsamfunnet. Denne delen har vanskelige betingelser på grunn av endrede prioriteringer i etableringen av den nye Indre Østfold kommune.

-
- Prosjektet har drevet utstrakt formidlingsaktivitet til en lang rekke ulike aktører, til politikere, forvaltning, ulike nivåer i helsetjenesten, forskjellige faggrupper, og utdanningsinstitusjoner. Eksterne fagmiljøer ser ut til å støtte modellen selv om det også pekes på utfordringer, spesielt med å involvere miljøer utenfor helsetjenesten.
 - Det at Rehabiliteringsprosjektet selv hatt kompetanse og kapasitet til å drive teknisk støtte på bruk av teknologi, både videoteknologi og rehabiliteringsteknologi i hjemmet, har vært viktig for muligheten til faktisk å ta denne teknologien i bruk.

Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

- Rammebetingelser for satsningen blir avgjørende både for å sikre resultater av nye tjenester samt sikre videre innovasjon og utvikling.
- Det bør arbeides videre med hvordan senger for intensiv rehabilitering og dagtilbudet kan integreres i helhetsmodellen.
- Det er viktig at kompetanse innen psykisk helse integreres sterkere i TVT og i det totale rehabiliteringstilbudet. Det å være i rehabilitering er en stor omstilling for personen, både fysisk og psykisk.
- For å få implementert hele modellen, inkludert samfunnsdelen (høyresiden i modellen), er det ønskelig og nødvendig å gjennomføre flere utprøvinger av elementer knyttet til aktivitet i lokalsamfunnet.
- Video-oppfølgning og rehabiliteringsteknologier fungerer og bør breddes ut. Koronaepidemien har framskyndet utforming av rutiner og sikkerhetsvurderinger som gjør dette enklere.
- Gruppedynamikken har fungert godt i dagtilbudet. Prosjektet kan vurdere å utforske om likemannsarbeid i digitale kanaler kan forlenge og forsterke tilbudet. Koronaepidemien har aktualisert behovet for nye måter å tilby læring og mestring på.
- Det er viktig at prosjektet/rehabiliteringsenheten beholder muligheten til å ha kompetanse og kapasitet til å gi teknisk støtte på teknologien som benyttes i tjenesten.
- Videreføring av kvalitetsregisteret er viktig for å kunne fortsette dokumentasjon av effekter og kartlegge forbedringsområder for tjenesten. Verktøy for registrering bør effektiviseres for å unngå dobbeltregistrering. Det bør vurderes om registreringer i kvalitetsregisteret bør omfatte hele den kommunale rehabiliteringstjenesten.
- For å sikre videre spredning og oppskalering bør det utvikles dokumentasjon og opplæringstilbud i helhetsmodellen og måten tjenestene koordineres på. Dette vil bidra til raskere opplæring av nyansatte og spredning til andre kommuner.
- Prosjektet bør utarbeide en anbefaling om størrelse på teamene og antall samtidige personer i rehabilitering, samt hvilken kompetanse som bør inngå i det tverrfaglige teamet (fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier lege, psykolog/psykisk helsearbeider).

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2675847>

Vedlegg 3: Sammendrag følgeforskning 2018

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

- Forankring og ny kommunestruktur
- Helhetlige forløp og lokalsamfunnet som ressurs
- Etablering av tjenester, inklusive sengepost og drift av TVT
- Ernæring i et rehabiliteringsforløp
- Anvendelse av teknologi
- Informasjon og spredning av erfaringer og kompetanse

Følgeforskernes hovedinntrykk

- Rehabiliteringsprosjektet har systematisk arbeidet videre med å innarbeide modellen «samfunnsbasert rehabilitering». De har særlig jobbet med drift og samhandling, etablering av sengepost, innarbeiding av den høyre siden av modellen, bruk av teknologi, samt forankring i ny kommunestruktur.
- Det ambulante tverrfaglige rehabiliteringsteamet (TVT) fører med seg mange positive effekter. I tillegg til den tverrfaglige vurderingen, bidrar de til tidlig og intensiv rehabilitering, og til involvering og koordinering av spesialister og fagressurser (f.eks. logoped og jobbspesialist) som ellers ofte ikke ville blitt involvert. De bidrar til spredning av rehabiliteringskompetanse blant fagfolk i kommunene. De prøver ut og benytter teknologi i rehabiliteringsløpet, og de bidrar til bedre samhandling, både gjennom koordinering og gjennom bruk av video-teknologi.
- TVT har tatt personperspektivet på alvor. Det daglige arbeidet med personorientering og involvering av lokalsamfunnet som ressurs i rehabiliteringen har avdekket ulike grenseoppganger og etiske utfordringer. Det er naturlig, bra og viktig at prosjektet setter av tid til etisk refleksjon for å håndtere disse utfordringene.
- Motivasjon er viktig og inngår i vurdering av personens rehabiliteringspotensial. På den ene siden må personen være villig til å gjøre en egeninnsats, på den andre siden er motivasjonsarbeid en viktig del av rehabiliteringsarbeidet. Blant tiltak og verktøy som anbefales for å bidra til motivasjonen er tiltak som TVT allerede benytter, slik som kartlegging av personens aktivitetsutførelser (COPM), tett oppfølging, samt bruk av digitale verktøy som trening med spilleelementer. Blant tiltak som kan bidra ytterligere er styrking av teamets kompetanse innen psykisk helse, legge til rette for at personen kan delta i sosiale sammenhenger, f.eks. i samarbeid med frivillige lag og foreninger eller på dagtilbud med læring og mestring, dialog og refleksjon sammen med erfaringsarbeidere og likepersoner, samt legge til rette for oversikt og egenmonitorering gjennom elektronisk individuell plan.
- Det er fortsatt noe uklarheter rundt grenseoppgangen mellom TVT og hverdagsrehabilitering
- Det er ulike oppfatninger om hvor hensiktsmessig nåværende henvisnings- og vedtaksrutiner

er. Det er knyttet mye arbeid til skriving av vedtak, og det er et ønske at man ser nærmere på hvordan man kan effektivisere, rasjonalisere og unngå dobbeltarbeid i den forbindelse.

Følgerevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

Personorientering og videre utvikling av samfunnsbasert rehabilitering:

- Etablering av dagsenter med treningsgrupper, læring og mestring vil kunne møte et hittil udekket behov.
- Vurdere å styrke TVT med kompetanse på psykisk helse
- Forsterke arbeidet med å utvikle en digital individuell rehabiliteringsplan som også er tilgjengelig for personen.
- I samarbeid med frivilligheten fokusere på aktiviteter og sammenhenger som gir opplevelse av likeverd, f.eks. etablering av grupper. Vurdere muligheten for å organisere og systematisere likepersonsarbeid.
- Fagpersoner i kommunene er usikre på hvilket handlingsrom de har når det gjelder å involvere frivillige. De har behov for retningslinjer og avtaleverk for å avklare grenseoppgangen mot frivilligheten, f.eks. når det gjelder ansvarsfordeling og taushetsplikt.
- Verktøyet Nyby kan bidra til enklere involvering, koordinering og samarbeid med frivillige. Det ser ut til at verktøyet foreløpig er lite kjent blant fagpersoner i kommunene. Det blir viktig å gå ut med informasjon og tydelige retningslinjer for når og hvordan man kan involvere frivillige, inkludert enkel instruksjon i bruk av verktøyet.

TVT's organisering og kapasitet

- Det vil fortsatt være behov for å fokusere på dimensjonering, organisering og samhandling for TVT. Dette innebærer også en modell for skalering av tjenesten som gjør at man kan - beholde tverrfagligheten og kontinuitet i samhandling med person.
- Vurdere endring/forenkling i vedtaksstruktur
- Fortsette å styrke samhandling med spesialistmiljøer

Implementering, forankring og ny kommunestruktur

- Kvalitetsregisteret bør videreutvikles til et forskningsregister som også inneholder subjektive mål der personene kan vurdere seg selv; egen livskvalitet, egne behov og mål, motivasjon og symptomer. Dette vil også gi økte muligheter for å studere ulike aspekter, slik om å følge opp måling av funksjon over tid for å få lengre tidsserier, og sammenhengen mellom bruk av teknologi og endring i funksjon.
- Det gjenstår arbeid med hvordan rehabiliteringstjeneste skal videreføres i den nye kommunen.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2629679>

Vedlegg 4: Sammendrag følgeforskning 2017

Evalueringen i det andre året ble basert på intervju og spørreundersøkelse av personer som har mottatt tjenester fra Tverrfaglig VurderingsTeam (TVT), fokusgruppeintervjuer med TVT og sentrale personer i de involverte kommunene, representant for Tillitsvalgte og Brukerforum samt registrerte data fra arbeidet i Tverrfaglig VurderingsTeam.

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

- Videreutvikling av modell for samfunnsbasert rehabilitering
- Etablere en profesjonell interkommunal rehabiliteringsenhet for å sikre intensiv rehabilitering med høy kvalitet.
- Forankring av modellen blant ulike interessenter
- Samhandling mellom aktører i rehabiliteringsforløp (sykehus, fastlege, kommuner, etc.)
- Pilotering av tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
- Fremlegging av orienteringssak, høringssak og beslutningssak for etablering tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og av sengeenhet for intensiv rehabilitering (SIR).
- Utarbeide prinsipper for hvordan bidra til at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess (myndiggjøring av person)
- Informasjons- og kompetansespredning gjennom deltakelse på nasjonale konferanser og møteplasser.
- Etablering av måleparametere for å sikre effektiv gevinstrealisering av planlagte tiltak.
- Videre planer for innovasjonsarbeid

Følgeforskernes hovedinntrykk

- Prosjektet er godt organisert, strukturert og ledet.
- Fokusgrupper og intervjuer bekrefter inntrykket av at det er jobbet godt med å involvere ulike aktører og å forankre prosjektet i den komplekse og utfordrende kommunestrukturen, med IKS og planlagte kommunesammenslåinger.
- Det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer.
- Prosjektet har god oversikt over nåsituasjonen i Indre Østfold og har jobbet med å skaffe kunnskap om ulike nasjonale modeller og løsninger, inkludert teknologiske løsninger.
- Pilotering av TVT har så langt vært vellykket og har gitt verdifulle erfaringer og et godt utgangspunkt for videre arbeid med å forfine og oppdatere modellen for samfunnsbasert rehabilitering.

-
- TVT bidrar til koordinering, samhandling og tidlig vurdering og igangsetting av tiltak
 - Erfaringene med bruk av teknologi viser at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling. Erfaringene fra bruk av spill og virtuell trening tyder på at det er motiverende og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

Følgeevalueringen har følgende anbefalinger for det videre arbeidet

- Det bør legges vekt på å videreutvikle og implementere samfunnsperspektivet i modellen for samfunnsbasert rehabilitering.
- Man bør fortsette det gode forankrings og informasjonsarbeidet, og legge vekt på fysiske møter med fagpersoner i kommunene.
- Det bør jobbes videre med å klargjøre grenseoppganger mot rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inkludert private aktører, institusjonell rehabilitering i kommunene mot hverdagsrehabilitering og aktører i kommunene.
- Rutiner og prosess for henvisning til TVT og samhandling med tildelingsfunksjonen bør optimaliseres.
- Se på betydning av alder og arbeid for de ulike rehabiliteringstjenestene og se på vurdering av rehabiliteringspotensialet vs. vedlikehold av funksjon.
- Man bør arbeide videre med samhandling rundt den individuelle rehabiliteringsplanen og se på muligheter for digitale løsninger som gjør at personen har tilgang. Videre bør man se på forholdet mellom individuell plan og individuell rehabiliteringsplan.
- Arbeide videre med å motivere til øket bruk av rehabiliteringsteknologi. Formidle erfaringer med og ønsker for teknologi til leverandører og andre slik at løsningene forbedres.
- Vurdere hva som vil være et bærekraftig tjenestenivå, hva er personeffekter versus økonomiske effekter.
- Vurdere behov for skalering slik det tverrfaglige rehabiliteringsteamet dekker behovet for alle kommunene.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2568719>

Vedlegg 5. Sammendrag følgeforskning 2016

Denne rapporten omhandler evaluering av prosjektet «Innovativ rehabilitering i indre Østfold». Dette er første delrapport. Hensikten med evalueringen er systematisk kunnskapsutvikling og målrettet læring med fokus på kommunal rehabilitering. Evalueringen baseres i det første året på kommunikasjon mellom partene i prosjektet, observasjon, refleksjon og dokumentasjon. I evalueringen er det lagt vekt på brukermedvirkning i prosjektet, valgt rehabiliteringsmodell, gjennomføring og ledelse av prosjektet, samt hvordan prosjektet skaper verdi. Det har så langt vært god involvering av brukere og andre interessenter i prosjektet. Videre gjennomgås hvordan brukermedvirkningen kan gjøres enda mer systematisk ved bevist å tenke gjennom ulike aspekter ved brukermedvirkning, som hvem som representerer og hvordan, hvilken innflytelse de har på løsningene, i hvilken grad de berøres av løsningene.

Følgeevalueringen har følgende anbefalinger

- Myndiggjøring av person og samfunnsbasert rehabilitering er viktige elementer i den valgte rehabiliteringsmodellen. Brukerperspektivet bør styrkes i det videre arbeid.
- Videreutvikling og konkretisering av rehabiliteringsforløpet bør ta utgangspunkt i personens perspektiv. En måte å gjøre dette på kan være gjennom bruk av Personasmetodikk og tjenstedesign.
 - Trekke alle de ulike gruppen i prosjektet inn i dette arbeidet for å sy de ulike delene av prosjektet bedre sammen
 - Trekke inn resultater og kunnskap fra forskning på samvalg og individuell plan
 - Synliggjøre problemstillinger med dagens insentiv/økonomimodell (unngå silotenkning)
 - Trekke lokalsamfunnet inn i rehabiliteringsforløpet.
- Sammenholde krav/anbefaling om prioriterte grupper i Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019), med eksisterende tilbud og behov synliggjort i kartleggingen i Indre Østfold.
- Fokuserer på å videreutvikle samhandlingsløsningen til også å involverer personen. Gi personen verktøy i egen rehabilitering (f.eks. selvmonitorering, dialog med fagperson, samvalg og informasjon).
- Se på rammebetingelser forøvrig
 - Tildelingsstruktur
 - Regjeringens eldreløft
 - Oppdragsbrevet fra Helse Sør-Øst til sykehuset Østfold
 - Forventning om at sykehusene skal delta/bidra.

Rapporten kan lastes ned fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2444139>

Vedlegg 6: Intervjuguide om ledelse

Intervjuguide ledelse av Prosjektet Innovativ rehabilitering:

«Endringsledelse innebærer å bevege en organisasjon, dens arbeidsgrupper og individene som jobber der fra en tilstand til en annen.

Kan innebære endringer i struktur, kultur, verdier, kompetansebase, ledergrupper, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmetoder, samt endring av individers kompetanse, holdninger og atferd.» (Karp 2014)

Område for endringsledelse	Spørsmål
Verdier - overordnet perspektiv på ledelse	• Hva er viktig for deg som leder? • Hva har vært din ledelsesfilosofi gjennom disse årene? • Hva har motivert deg?
Struktur og forankring	• Hvordan har du nærmet deg dette arbeidet med å utvikle rehabiliteringsmodellen? Hvordan har du grepet det an som leder? • Det er jo en sammenslått kommune. Hvordan har du gått frem? • Kan du beskrive din rolle i arbeidet med å planlegge dette? • Hva har vært viktig for deg i dette arbeidet? • Hvordan har det gått, synes du? Hva gjenstår og hvilke planer videre har du evt. for dette? • Hvordan har du tenkt og bygget planen din for utvikling av rehabiliteringsmodellen? ○ Hvordan har du arbeidet for å forankre modellen i startfasen? ○ Hvordan har du arbeidet for å forankre modellen i sammenslått kommune? ○ Hva har du synes har vært vanskelig? ○ Hvem har vært dine viktigste støttespillere? ○ Hvordan har du samarbeidet med din egen leder? ○ Er det noe som har overrasket deg i disse årene? • Hva har du lært av denne prosessen?
Kompetansebase – og kompetanseutvikling	Dere har bygget en modell som er inspirert av CBR-modellen. Dette er en modell som i utgangspunktet ble utviklet for u-land men med et fokus på funksjonshemming.
Kultur for læring	• Hvordan har det vært å ha denne CBR-modellen som utgangspunkt? • Hvor godt kjent har denne modellen og bakgrunnen for den vært i prosjektet? • Hvordan har dette fungert? For deg som leder, har det vært utfordringer knyttet til denne bakgrunnen? • Hvilken kunnskapen er det viktig at de ulike partene i prosjektet har, tenker du? • Hvordan bør denne kompetansen forvaltes? • Hvordan bør denne kompetansen videreutvikles?

	• Hvem skal ivareta kompetansen? • Norge har ratifisert FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Bruk av CBR-modellen kan være et viktig verktøy i arbeidet med å oppfylle Norges forpliktelser på dette området. Har dette perspektivet hatt noen betydning for deg? • CBR-modellen anbefaler å ha et kvalitetssikringssystem. Hvilke tanker har du om dette i fortsettelsen?
Samskapende prosesser (fasilitator, møteplasser)	• Kan du si litt om hvordan dere har samarbeidet for å utvikle modellen? • Hva har vært din rolle i dette? • Hva har vært viktig for deg i dette arbeidet? ○ Hvilke møteplasser har du anvendt for å utvikle modellen? ○ Hvordan har du tenkt når du har planlagt og gjennomført disse møteplassene? • Hva er du fornøyd med? • Er det noe du ville gjort annerledes?
Kommunikasjonsstrategi	• Dere har jo utviklet en ny modell. Hvordan har det vært å informere om dette – om arbeidet og modellen? • Hvem har det vært viktig for deg som leder å ha kontakt med og informere? • Hvordan har kommunikasjonen vært – utover og innover i organisasjonen? • Hvor har skoen trykket, tenker du?
Motstand	• Det er jo en ganske stor endring å arbeide etter denne modellen. Hvordan har responsen vært på disse endringene? • Har det vært noen motstand mot dette? • Hvordan har du håndtert motstand? • Hva har vært vanskeligst å møte?
Teknologistøtte	• Hvilke teknologier er viktigst for å understøtte arbeidet med rehabilitering i kommunen? • Hva er på plass? • Hva bør gjøres for å utvikle feltet rehabiliteringsteknologi?
Etikk	• Hvordan blir medarbeidere berørt av disse endringene?
	• Er det noe i dette som er vanskelig for dem? Noen spesielle utfordringer?
	• Hva har overgangen til denne modellen å si for brukerne? Utfordringer knyttet til dette?
	• Er overgangen til den nye modellen problematisk på noen måte, slik du ser det? Vil noen føle at de blir skadelidende, f. eks? Hvordan? Etske utfordringer? Fordeling? Medvirkning? Rettferdighet? Trygghet? Sikkerhet? Etc.

Vedlegg 7: Utførere av følgeforskningen

Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge⁸ (USN) ved professor Hilde Eide (prosjektleder) og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, i samarbeid med Norway Health Tech⁹ ved Bent-Håkon Lauritzen.

Universitetet i Sørøst Norge

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er foreløpig landets yngste universitet (mai 2018). USN har om lag 18.000 studenter og 1500 ansatte, og består av åtte studiesteder: Drammen, Vestfold, Kongsberg, Ringerike, Bø, Notodden, Porsgrunn og Rauland.

Forskerne har sete i Vitensenteret helse og teknologi i Drammen, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Universitetet i Sørøst-Norge. **Vitensenteret helse og teknologi¹⁰** er et regionalt forankret forsknings- og innovasjonssenter som driver sin virksomhet i nært samarbeid med næringsliv, offentlig forvaltning og frivillige organisasjoner.

Det overordnede formålet for Vitensenterets virksomhet er innovasjon i helsetjenester med særlig fokus på eHelse og velferdsteknologi rettet mot profesjonsutdanning, regional utvikling og internasjonal publisering.

Vitensenteret har tre pilarer:

1. Forskning og innovasjon,
2. Næringsutvikling og entreprenørskap
3. Utdanning og tjenestedesign

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

Norway Health Tech

Norway Health Tech (tidligere Oslo Medtech) er en helseklynge som bidrar til utvikling av nye Health Tech produkter, e-helse løsninger, tjenester, og innovative løsninger for det norske og internasjonale helse-markedet. Med mer enn 280 medlemmer er hele verdikjeden for innovasjon representert. Vår visjon er å utvikle og industrialisere verdensledende helseteknologi produkter og

⁸ www.usn.no

⁹ www.norwayhealthtech.com/

¹⁰ <https://www.usn.no/vitentest/>

tjenester som bidrar til bærekraftig og økt kvalitet i behandling og omsorg og vekst i norsk helseindustri.

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

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

Følgeforskerne

Professor Hilde Eide (Dr.philos). Hilde er professor i klinisk kommunikasjon og helseveiledning ved Universitetet i Sørøst-Norge og forskningsleder ved Vitensenteret helse og teknologi i. Hovedfokus for forskningen hennes er person-orientert kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter, med et spesielt fokus på emosjonell kommunikasjon knyttet til fysiske og psykososiale helsetilstand og hvordan pasienter kommuniserer bekymringer. Hun har utforsket disse aspektene av kommunikasjon hos forskjellige pasientgrupper; personer med kreft, diabetes og kroniske smertetilstander. Hun har også ledet et stort prosjekt som testet i en RCT-studie skriftlig web-basert veiledning på smarttelefon i en måned hjemme etter 4 ukers opphold på et Rehabiliteringssenter med god effekt. Hun utforsker også innovasjonsprosesser og implementering av velferdsteknologi. Hun har nylig ledet et stort tverrfaglig forskningsprosjekt med eldre -COMHOME-studien finansiert av Norges Forskningsråd (PraksisVEL) med sikte på å utvikle en forskningsbasert plattform for personorientert kommunikasjon til bruk i opplæring av studenter og helsepersonell som arbeider med eldre personer. Et annet viktig prosjekt er samvalg rundt beslutning av behandling av hofteartrose.

Førsteamanuensis II, Kristin S. Fuglerud (PhD). I tillegg til sin stilling ved Vitensenteret USN, er Kristin leder for fagområdet e-inkludering og universell utforming av IKT ved forskningsinstituttet Norsk Regnesentral (NR). Kristin har doktorgrad innen inkluderende design/universell utforming av IKT. Hun har ledet og deltatt i en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter innen utvikling og evaluering av teknologi for ulike brukergrupper, spesielt for personer med funksjonsnedsettelse. Hun har bred erfaring fra utredning, brukermedvirkning, brukersentrert systemutvikling, kvalitative brukerundersøkelser, samarbeid med private og offentlige virksomheter og ulike brukerorganisasjoner.

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