

Prosjektrapport

Hverdagsrehabilitering **«Lengst mulig i eget liv – i eget hjem»**

ved bruk av trening som hjelp

Holtålen Kommune 2014

D en har løst på – kjæm att!

Sitat fra bruker

Anita Engan (ergoterapeut) og Hildegunn Prytz Djupdal (fysioterapeut)

INNHALDSFORTEGNELSE:

1	BAKGRUNN OG FORMÅL	3
1.1	BAKGRUNN	3
1.2	FORMÅL	4
2	GJENNOMFØRING OG METODE	5
2.1	GJENNOMFØRING	5
2.2	KVALITATIV METODE	6
2.3	KVANTITATIV METODE.....	6
2.3.1	COPM	6
2.3.2	SPPB	6
2.3.3	IPLOS.....	7
2.3.4	Sjekkliste for hjemmeforhold.....	7
3	RESULTATER.....	8
3.1	KVALITATIVE RESULTATER.....	8
3.1.1	Oppsummering fra hjemmetrenere.....	8
3.1.2	Sjekkliste for bolig	9
3.2	KVANTITATIVE RESULTATER.....	10
4	DRØFTING	11
4.1	GENERELL DRØFTING AV METODE OG RESULTATER	11
5	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER VIDERE	14
5.1	KONKLUSJON	14
5.2	ANBEFALINGER VIDERE.....	15
5.3	FORSLAG TIL PROSEDYRE FOR HVERDAGSREHABILITERING	16
6	VEDLEGG.....	18
7	REFERANSER.....	34

1 BAKGRUNN OG FORMÅL

1.1 Bakgrunn

Norske kommuner står overfor store demografiske utfordringer med økende antall eldre (Statistisk sentralbyrå, 2004), dette vil også gjelde Holtålen Kommune. Det økende antall eldre vil føre til flere med funksjonssvikt, mange blir skrøpelige, risikerer diabetes, kreft, lidelser i hjerte/kar og muskel/skjelett, samt psykisk uhelse og demens (Folkehelseinstituttet, 2010).

Helsefremming, forebygging og rehabilitering har vært en lovpålagt oppgave for kommunene siden Kommunehelsesloven ble innført i 1994. Betydningen av aktiv omsorg tydeliggjøres i Stortingsmelding 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* allerede i 2007, og i *Omsorgsplan 2015*.

Samhandlingsreformen utfordrer helse- og omsorgstjenestene til å sette inn rett tjeneste til rett tid, og på rett sted, noe som vil kreve at kommunene blir enda bedre på tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats i nærmiljøet. Kommunene har ansvar for rehabilitering. Innføring av hverdagsrehabilitering skal gi en mer effektiv rehabiliteringstjeneste både for den som mottar tjenesten og for tjenesteyterne. Ved å flytte rehabiliteringsarenaen fra kommunens institusjoner til pasientens hjem og nærmiljø oppnår man effektiv trening både i kvalitet og tid og frigjør samtidig institusjonsplass.

Hverdagsrehabilitering kan være et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og aktiv alderdom. Dette har vært utprøvd i Sverige siden 1999 (Månsson 2007). I Danmark er samtlige 98 kommuner i gang med å etablere en eller annen form for hverdagsrehabilitering. Både i Danmark og Sverige inkluderer dette en omlegging av hjemmetjenestene og en bevisstgjøring av et forebyggende og rehabiliterende tankesett.

I Norge ble begrepet «hverdagsrehabilitering» for alvor kjent i løpet av 2011/12. Begrepet er bl.a nevnt i *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg* og er benyttet i det politiske ordskiftet. Mange norske kommuner har på kort tid kommet i gang med planlegging, utprøving eller etablering av sine modeller for hverdagsrehabilitering.

Styringsgruppa i rapporten «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» sier følgende: «Skal man lykkes, må det være politisk eierskap og vilje til endring av kultur i helse- og omsorgstjenesten med større vektlegging av hverdagsmestring. Det er en utfordring med ulike faglige kulturer hos rehabiliteringspersonale og pleiepersonale. Derfor er det viktig å utvikle arbeidskulturer med felles verdigrunnlag, gjensidig forståelse og respekt. Innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering vil kreve at kommunene har en god grunnbemanning av ergoterapeuter og fysioterapeuter samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Kompetansen bør styrkes på en slik måte at andre tjenester ikke svekkes. Det vil derfor være behov for statlig økonomisk støtte til igangsetting av modeller som understøtter hverdagsmestring.»

Videre summerer rapporten suksesskriterier i følgende punkter:

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

1.2 Formål

Hovedmål:

Vi vil prøve ut hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som ny arbeidsform i Helse- og omsorgstjenesten i Holtålen Kommune i 2013.

Delmål:

- Redusere antall besøk fra hjemmetjenesten med eventuelt økonomiske besparelser
- Økt livskvalitet og mestring for hjemmeboende (COPM)

Dette gjøres ved å implementere hverdagsrehabilitering som en ny arbeidsform blant de utvalgte prosjektdeltakerne. Dette innebærer å endre tankesett og kultur, ved å gå fra en kompensierende hjelperolle til å gjøre bruker mer aktiv i egen rehabiliteringsprosess.

I tillegg er det et formål at det skapes en holdningsendring blant innbyggerne lift forventninger og det å ta mer ansvar for egen helse.

2 GJENNOMFØRING OG METODE

2.1 Gjennomføring

I november 2012 ble prosjektet presentert for driftsutvalget. Videre i desember 2012 ble det holdt møte med «utovergruppa» i Hjemmetjenesten om prosjektet. De ble da også bedt om å tenke ut aktuelle kandidater til prosjektet. Etterjuls vinteren 2013 ble det holdt nye møter med informasjon, opplæring og veiledning av personale som skulle delta i prosjektet.

Målgruppe

Inklusjonskriterier

- 1) Innbyggere i alle aldre, men oftest eldre som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i hverdagsaktiviteter
- 2) Innbyggere som er motiverte og forstår instruksjon
- 3) Innbyggere som har rehabiliteringspotensiale
- 4) Innbyggere som bor hjemme
- 5) Utskrivningsklare innbyggere fra sykehus eller døgnerhabilitering

Punkt 2, 3 og 4 måtte alle være oppfylt. Eksklusjonskriterier var personer uten rehabiliteringspotensiale, f.eks. langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke eller demens. Rehabiliteringspotensiale: Å ha mulighet til å øke sin funksjonsevne i løpet av en tidsbegrenset periode.

Varighet

Varighet ble satt til 8 uker, gjennomført kartlegging ble regnet som oppstarts dato.

Deltakere

Opprinnelig ble "utovergruppa" valgt som deltakere i 2013, siden det her var flest ansatte med videreutdanning i rehabilitering. Men etter hvert så man at det ble for snevert grunnlag ift å finne aktuelle brukere til prosjektet. Ganske tidlig ble man derfor nødt til å utvide til alle sonene, altså hele kommunen, for å finne aktuelle kandidater. Dermed ble også informasjon om prosjektet i større grad også gitt til alle de ansatte. Ni deltakere ble kartlagt ift om de fylte inklusjonskriteriene, og fem av disse ble inkludert i prosjektet.

Når man skulle velge ut kandidater lå fokus på hjemmeboende mennesker med begynnende funksjonssvikt, men som hadde potensiale og motivasjon til å kunne definere mål og ønsker for sin hverdag, og å kunne sammen med hjemmetrener jobbe mot dem. Dette for å øke sin opplevelse av mestring i hverdagslige aktiviteter.

Forløp

- Bruker ble valgt ut fra inklusjons/eksklusjonskriterier
- Kartlegging ved bruk av COPM samt kartleggingsverktøyene TUG, IPLOS SPPB, Barthel-Index samt sjekklister for bolig
- Det ble avholdt tverrfaglig møte i brukers hjem/på intermediæravdeling (noen ganger med pårørende tilsted) der rehabiliteringsplan med mål og tiltak ble nedfelt. Av og til deltok også hjemmetrener i det tverrfaglige møtet. Bruker fikk utdelt egen mappe med mål og tiltak samt kommunikasjonsark for involverte i prosessen.
- Kartlegging og fortløpende dokumentasjon av tiltak ble journalført på Gerica under område Rehabilitering.
- Etter ca. 4 uker ble det foretatt midtveisevaluering med bruker, rehabiliteringsteam, pårørende og noen ganger hjemmetrener tilstede
- Etter 8 uker ble det gjennomført sluttevaluering hvor rehabiliteringsteam og hjemmetrener og i noen tilfeller pårørende deltok. Her ble COPM, IPLOS og evt TUG og SPPB gjennomført på nytt.
- Sluttrapport ble ført i Gerica og oversendt koordinerende enhet.

Gjennomføring generelt

Det har blitt gjennomført møter i Rehabiliteringsteam ca. hver 14.dag. I tillegg var fysio/ergo fra Rehabiliteringsteam med på morgenmøter en dag i uka av og til for fortløpende statusoppdatering og informasjonsutveksling angående brukerne. Det ble ført fortløpende journal på Gerica ift tiltak.

2.2 Kvalitativ metode

Utvalgte brukere ble registrert på et eget excelark med passordbegrensning. Her ble brukers navn, hvor bruker oppholdt seg ved henvisning, dato for kartlegging, dato for start/slutt av hverdagsrehabilitering. Sammendrag fra spørreskjema ble sendt ut til ansatte i hjemmetjenesten i etterkant av prosjektet for å vurdere hjemmetrenerenes endring av tankesett og kultur, samt deres generelle erfaringer med prosjektet.

2.3 Kvantitativ metode

2.3.1 COPM

COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) er en metode utviklet for å beskrive og måle brukerens egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter. Det egner seg godt for å kartlegge og evaluere rehabiliteringsforløp. Modellen bygger på WHO's biopsykososiale modell. Sentralt i modellen står brukersentrert praksis. Dette betyr at man forstår mennesket i en kontekst. Modellen innebærer et intervju hvor hovedhensikten er å bli kjent med brukeren, og at brukeren beskriver sine aktivitetsproblemer i hverdagen. Dette gir et grunnlag for å bli enig om mål og tiltak sammen med bruker. Brukeren gir seg selv en score på en skala fra 0-10 i forhold til hvor store problemer bruker opplever at han har med å utføre aktiviteten de definerte aktivitetene. Dette gjøres på nytt ved avsluttet intervensjon, og man kan dermed måle effekt av tiltak. Man ender her med en totalscore på forskjell i utførelse og en totalscore på forskjell i tilfredshet. Totalscoren angir differansen mellom score før og etter rehabiliteringsperiode. Om totalscoren er positiv, indikerer det altså en endring i positiv retning ift måloppnåelse. COPM er tatt i bruk i mange land og oversatt til mer enn 20 språk, deriblant norsk. Det er brukt i forbindelse med hverdagsrehabilitering i de fleste danske kommuner, deriblant i Fredericia. Denne ble valgt som hovedverktøy ved prosjekt Hverdagsrehabilitering i Holtålen Kommune.

2.3.2 SPPB

Dette er en tredelt fysisk funksjonstest som måler ganghastighet, balanse og styrke i beina hos bruker. I tillegg gir den også nyttig informasjon om brukers evne til å motta instruksjon og evne til å planlegge. Testen er enkel i bruk, og kan gjennomføres i brukers hjem med enkle hjelpemidler (stol, målebånd, stoppeklokke). Maks score er 12 poeng, og kun 1 poeng i endring regnes som en klinisk meningsfull endring. 10 poeng eller mindre indikerer risiko for funksjonsvikt, 8 poeng eller mindre indikerer en funksjonssvikt ift ADL. Testen kan brukes til å identifisere risikogrupper og gi grunnlag for å iverksette tiltak. Den kan måle endring over tid og måle effekten iverksatte tiltak. Testen kan brukes av ulike faggrupper og egner seg slik sett til tverrfaglig bruk på ulike arenaer og gjennom hele tiltakskjeden.

2.3.3 IPLOS

IPLOS er nasjonalt register med opplysninger om ressurser og behov for hjelp til de som søker eller er mottakere av kommunale helse- og sosialtjenester. IPLOS brukes regelmessig fra før av i hjemmetjenesten. I prosjektet ble ADL-registeringsdelen av IPLOS brukt for å kartlegge funksjonsnivå og bistandsbehov hos den enkelte bruker i hjemmetjenesten før og etter rehabilitering.

2.3.4 Sjekkliste for hjemmeforhold

Dette er en enkel sjekkliste som fanger opp boligens grad av tilrettelegging ift forflytning og ADL, samt mulige risikofaktorer ift fall. Områdene som vurderes er blant annet antall etasjer, møblering, belysning, muligheter for støtte, høyde på møbler, trapper, løse tepper og gjenstander samt hjelpemidler. Skjemaet inneholder rubrikker for avkryssing og kommentarer, slik at tiltak ift tilrettelegging av bolig kan iverksettes.

3 RESULTATER

3.1 Kvalitative resultater

3.1.1 Oppsummering fra hjemmetrenerne

oppsummering fra spørreskjema til hjemmetrenerne (14 av 35 ansatte har besvart spørreskjema)

Yrkesgruppene som har besvart er: To sykepleiere, en vernepleier, og 11 hjelpepleiere, med stillingsprosenten fra 57 til 100% stilling.

Opplæring/informasjon – I hvor stor grad følger du opplæring og informasjon ble gitt på forhånd?

Ingen: 0stk For lite: 2stk Tilstrekkelig: 10stk God: 2

Kommentarer:

- «Har ikke vært med så mye på dette»
- «Har fått muntlig beskjeder og lest de skriftlige forklaringene»
- «Vanskelig å nå alle med informasjon i hjemmetjenesten»
- «Viktig å være med og se eller bli vist øvelsene»

Gjennomføring – Har dialog med Rehabiliteringsteam vært tilfredsstillende?

Ja: 8stk Nei: 2stk Ikke besvart: 4

Kommentarer:

- «Har ikke hatt direkte kontakt bortsett fra en gang jeg var tilstede under midtveisevaluering»
- «Har savnet mer dialog i starten»

Gjennomføring - Hvordan føler du det har fungert med journalføring underveis?

Bra: 9 Både og: 3 Ubesvart/svart med kommentar: 2stk

Kommentarer:

- «Har et hefte å gå etter og ser hva hjemmetreninga går ut på og hvilke øvelser som skal gjennomføres»
- «Sjøl ikke flink med journalføring»
- «Kunne vært flinkere til å dokumentere på Gerica»
- «Viktig at tiltaksplanen er oppdatert og at journalnotat skrives under tiltak, i alle fall situasjonen»

Ressursbruk – Føler du at din tidsbruk hos brukerne har økt under prosjektet pga gjennomføring av tiltak?

Ja: 10stk Nei: 0stk Ubesvart/svart med kommentar: 4stk

Kommentarer:

- «Vi må være der til vi er ferdige med treninga»
- «Ja men på en positiv måte»
- «Nødvendigvis må en bruke mer tid da»

Ressursbruk – Føler du at din tidsbruk hos brukerne har minket mot slutten av prosjektet/i etterkant?

Ja: 10stk Nei: 2stk Ubesvart/svart med kommentar: 2stk

Kommentarer:

- «Ikke minsket men flinkere til å gjennomføre øvelsene selv»
- «Mindre tidsbruk pga trening opphører»
- «Har kjørt samme program på hele prosjektet»
- «Hadde trening hver dag og fått satt opp faste dager etter evaluering, fungerer fint og veldig viktig»

Tankesett – I hvilken grad har ditt tankesett endret seg i forhold til å gå fra en kompenserende hjelperolle til å gjøre bruker mer aktiv i egen hverdag?

1 (liten grad): 0stk

2: 1stk

3: 3stk

4: 1stk

5: 7stk

6 (i høy grad): 2stk

Kommentarer:

- «Tenker mer på å gjøre bruker mer aktiv, men gjorde det også tidligere»

- «Litt vanskelig, men vært likere om en har vært med fra starten i rehab»

Tanker om videre arbeid og eventuelle forbedringer

- «Viktig å ha en ADL-registrering, som gir oss en pekepinn på utviklingen. F.eks. ved oppstart av hverdagehabilitering, underveis og etter endt prosjekt»

- «Har for liten tid»

Sammendrag spørreundersøkelse blant hjemmetrenerne

Et overveiende flertall synes at informasjon/opplæring og har vært tilstrekkelig i forkant av prosjektet. Videre synes de fleste at dialog med rehabiliteringsteamet og journalføring på Gericca har fungert bra. De fleste synes også at hjemmetreners tidsbruk har økt gjennom rehabiliteringsperioden (noe den også er tenkt å skulle gjøre), men minsket mot slutten av rehabiliteringsperioden. Ift om hjemmetreners tankesett har endret seg i forhold til å gå fra en kompenserende hjelperolle til å gjøre bruker mer aktiv i egen hverdag, er det noe delte meninger, men flertallet uttrykker en endring i tankesett. Ift videre arbeid og forbedringer har en respondent uttrykt betydningen av å registrere funksjonsnivå før, underveis og etter endt rehabiliteringsperiode.

3.1.2 Sjekkliste for bolig

Sjekkliste er brukt hos de fleste deltakerne, og oftest avdekker man forhold som kan utbedres ift sikkerhet/trygghet eller selvhjulpenhet innen ADL. Eksempler på dette kan være løse matter, hjelpemidler, lave sittemøbler, belysning etc.

3.2 Kvantitative resultater

Tabell 1. Resultater pr bruker i COPM, SPPB og IPLOS

Bruker	COPM forskjell i utførelse/forskjell i tilfredshet	SPPB før/etter	IPLOS før/etter
A	x, men uttrykker høy grad av måloppnåelse	0/0	2,12/2,29
B	x, men uttrykker høy grad av måloppnåelse på 3/5 delmål	5/9	2,53/1,47
C	4,7/4,7	y	1,82/1,53
D	x, men uttrykker høy grad av måloppnåelse	1/1, men det observeres fremgang ift kvalitet på utførelse	2,59/2,35
E	x, men uttrykker høy grad av måloppnåelse	5/6	2,06/1,94

x: Bruker har ikke klart å tallfeste COPM-score

y: Ikke gjennomført

Oppsummering

Få brukere har klart å tallfeste COPM, men alle brukerne uttrykker likevel med ord høy grad av måloppnåelse. Videre har alle brukerne gått ned i IPLOS-score fra oppstart til avslutning av rehabiliteringsperiode, dvs at de har mindre behov bistand/assistanse fra hjemmetjenesten, og har blitt mer selvhjulpne.

4 DRØFTING

4.1 Generell drøfting av metode og resultater

Kartleggingverktøy:

Man har vurdert verktøyene brukt i kartleggingen til å fungere bra. COPM fungerer godt som hovedverktøy fordi man fanger opp brukers egne prioriteringer av viktighetsområder i dagliglivets aktiviteter. Likevel kan det være et krevende verktøy å bruke, fordi man må ha avsatt god tid hos bruker. Videre så vi at det for enkelte brukere ble vanskelig å tallfeste de ulike områdene, dermed ble resultatene for enkeltbrukere (tabell 1) noe mangelfulle. TUG måler ganghastighet, noe som også inngår i SPPB. Derfor vurderer man TUG til å være overflødig. Sjekkliste for bolig/hjemmeforhold har vært et nyttig verktøy for å avdekke behov for tilretteleggingstiltak hos bruker. I en kartleggingsfase har vi savnet ett redskap som kan fange opp eventuelle psykiske utfordringer hos bruker. Dette kan være depressive symptomer, dårlig motivasjon, nedstemthet, likegyldighet m.m. COPM kan fange opp dette ved å stille dypere spørsmål rundt aktivitetsutfordringer og eventuelle grunner for dette, men en bør kanskje vurdere ett egnet redskap i tillegg. IPLOS ser ut til å være et egnet verktøy for å kartlegge bistandsbehov og dermed ressursbruk i hjemmetjenesten før og etter rehabilitering. Hos 4 av 5 prosjektdeltakere så man en tydelig differanse i positiv retning før og etter rehabilitering ved bruk IPLOS.

Intervju hos hjemmetrenerne

Et av formålene med prosjektet har vært å se om det har skjedd en endring av tankesett og kultur i hjemmetjenesten, ved å gå fra en kompenserende hjelperolle til å gjøre bruker mer aktiv i egen rehabiliteringsprosess. Ved å gjøre en enkel spørreundersøkelse blant hjemmetrenerne fikk vi en pekepinn på dette. I tillegg fikk man en generell vurdering av prosjektets gjennomføring, blant annet opplæring/informasjon i forkant, dialog med rehabiliteringsteam samt ressursbruk hos bruker.

Demens ved inklusjon:

Ved et par tilfeller ble det gjort forsøk på å inkludere brukere med uavklart kognitiv svikt. Her så en kartlegging ble vanskelig å gjennomføre i forhold til å være realistisk rundt egen situasjon. Det ble også vanskelig for bruker å sette seg mål, og å få kontinuitet i en rehabiliteringsprosess.

Motivasjon som inklusjonskriterie

Det må også stilles spørsmål ved motivasjon, da ett av inklusjonskriteriene er at bruker skal være motivert for rehabilitering, og hvor mye en skal jobbe med motivasjon dersom denne ikke er/er lite tilstede. Det kan tenkes at det bør anses som Rehabiliteringsteamets/hjemmetreners oppgave å motivere bruker underveis.

Journalføring på Geric

Brukere som har vært med i prosjektet er ikke blitt gitt en egen tjeneste som heter hverdagsrehabilitering. Vi ser at det er viktig at det opprettes eget område i tiltaksplanen som heter hverdagsrehabilitering, hvor man kan sette inn aktuelle tiltak, og at journalnotater som omhandler hverdagsrehabilitering skrives i tiltaksplan. Det vil være en fordel at områder og tiltak sammenfaller med utredningsverktøyene, og tiltaksplanen gjenspeiler aktivitetsutfordringene bruker har. Det bør opprettes et eget journalnotat som heter midtveisevaluering og et som heter sluttevaluering. Det bør gjøres en IPLOS/adl-registrering. En mulig feilkilde ved IPLOS-registrering er at ulike hjemmetrenerne registrerer ved start og avslutning. Det kan tenkes å være mest ryddig om en fra rehabiliteringsteamet har ansvar for registrering av IPLOS før og etter, men at hjemmetrener som kjenner bruker kan tas med på råd. Til sist må det også nevnes at man har sett viktigheten av at hjemmetrener dokumenterer alle daglige tiltak i forbindelse med hverdagsrehabilitering i Geric, dette for å sikre god kommunikasjon mellom hjemmetrenerne og rehabiliteringsteam.

Møtearenaer mellom HT og Rehabiliteringsteam

Rehabiliteringsteamet har ikke hatt faste møtetidspunkter med hjemmetjenesten. En har møttes av og til i morgenrapport der brukere har blitt drøftet. Rehabiliteringsteamet har savnet mer regelmessig dialog med hjemmetrenere og møtearena for dette. Mens hjemmetrener har i spørreundersøkelsen gitt uttrykk for at dialog har vært tilfredsstillende.

Primærkontaktens rolle må diskuteres, ved turnusjobbing kan det være en utfordring å involvere denne, en har erfart at det viktigste er at det deltar en hjemmetrener fra aktuell gruppe i kartlegging + tverrfaglig møte der en setter mål/tiltak + midtveisevaluering + sluttevaluering. Alle i hjemmetjenesten skal ha like god kjennskap til brukers rehabiliteringsprosess. Primærkontakts rolle har vært drøftet underveis i prosjektet. Man kunne i utgangspunktet tenke seg å tillegge denne spesifikke oppgaver i forbindelse med hverdagsrehabilitering, men man ser at pga turnusarbeid og ulike stillingsprosenter kan dette være utfordrende å få til i praksis.

Dialog/samarbeid med pårørende

Vi har at der bruker har nære pårørende som er mye involvert i brukers hverdag kan pårørende med fordel involveres så mye som mulig, kanskje særlig i oppstartsfasen ift avklaring av gjensidige forventninger. Det er en fordel at pårørende er informert om brukers rehabiliteringsplan og en kan se på muligheter for å benytte pårørende som en ressurs i prosessen. Pårørende kan også sitte inne med mye informasjon om bruker som kan være nyttig, da selvsagt med brukers tillatelse til utveksling av informasjon. Om pårørende har negativ innvirkning på brukers rehabiliteringsprosess, og der er eventuelle konflikter mellom bruker og pårørende, er det viktig at tjenesten er tydelig på at dette er brukers prosess.

Ressursbruk i teamet og møtevirksomhet

Rehabiliteringsteamet har faste møtetidspunkt annenhver uke, 1.5-2 timer. I tillegg kommer tid til kartlegging, administrasjon og gjennomføring av tiltak. Det har ikke vært avsatt ekstra ressurser i form av midler eller stillinger i forbindelse med prosjektet. Det har ført til at både Rehabiliteringsteam og hjemmetrenere har utført arbeid i forhold til prosjektet i tillegg til sine faste arbeidsoppgaver.

Brukers eierforhold til brukermappe

Deltakere i prosjektet har fått en egen brukermappe som de oppbevarer hjemme. En har erfart at denne ikke alltid er så synlig for bruker, og dermed har ikke alltid bruker hatt et optimalt eierforhold til mål og tiltak i rehabiliteringsprosessen.

Tverrfaglig bruk av ulike kartleggingsverktøy

Det har på landsbasis vært diskusjoner angående ulike profesjoners bruk og eierforhold til de ulike kartleggingsverktøy. F.eks. at COPM er utarbeidet av ergoterapeuter og tradisjonelt er blitt brukt av denne yrkesgruppen, mens SPPB er utarbeidet og brukt av fysioterapeuter. Vi har imidlertid i prosjektet erfart at det er viktig at alle i rehabiliteringsteamet har god kjennskap til alle de kartleggingsverktøyene vi bruker. Dette gjør at rehabiliteringsteamet blir fleksibelt og ikke så sårbart. Teamet har i fellesskap gått igjennom og lært seg bruken av COPM ved hjelp av medfølgende manual, mens fysioterapeut har veiledet i bruken av SPPB og TUG.

Vedtak på hverdagsrehabilitering

I selve prosjektet ble brukere rekruttert via Hjemmetrenerne og deretter kartlagt av rehabiliteringsteamet om de var kandidater for prosjektet. Men i fremtiden vil det være naturlig at det fattes vedtak på hverdagsrehabilitering av enhetsleder for hjemmetjenesten, på lik linje med andre kommunale helsetjenester.

Rehabiliteringsprosessens varighet

I prosjektet var prosessens varighet på åtte uker. Varigheten synes å variere en del i ulike kommuner, fra 4 til 8 uker. Vi har erfart at 8 uker i utgangspunktet er et passende tidsforløp i en rehabiliteringsprosess, men man kan også tenke seg muligheten for å avslutte tidligere eller å forlenge ytterligere ved behov. Man kan f.eks. tenke seg muligheten for å avslutte etter en måned, ved midtveisevaluering, om man ser at brukers mål allerede er oppnådd. Tidsperspektiv må tydeliggjøres for bruker i vedtaket ved oppstart.

Administrasjon

I prosjektet ble oversikt over brukere, dato for kartlegging, dato for oppstart/avslutning osv. ført på passordbelagt excelark. Mot slutten av prosjektet ble vi invitert til å være med i et prosjekt i regi av KS, som har utarbeidet en egen beregningsmodell for utprøving. Dette er et verktøy som dokumenterer oppnåelse av prosjektets to delmål; redusert ressursbruk i hjemmetjenesten og økt livskvalitet for den enkelte. Denne ble mottatt for sent i prosjektet til at man rakk å ta den i bruk, men man ser at det vil være meget aktuelt å teste den ut/ta den i bruk videre. Det vil være naturlig at dette er en oppgave for teamleder.

5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER VIDERE

5.1 Konklusjon

Hovedmål:

Vi vil prøve ut hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som ny arbeidsform i Helse- og omsorgstjenesten i Holtålen Kommune i 2013.

Hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som ny arbeidsform ble utprøvd via prosjektet Hverdagsrehabilitering «Lengst mulig i eget liv – i eget hjem» ved bruk av trening som hjelp i Holtålen Kommune 2013. Det er nå gjort en del erfaringer gjennom prosjektet i 2013, som gjør at man anbefaler å innføre hverdagsrehabilitering som en arbeidsform videre fra og med 2014. Dette fordi man ser at det har en nytteverdi for både hjemmetjeneste ift ressursbruk/økonomi og enkeltbruker ift mestring/livskvalitet.

Delmål:

- Redusere antall besøk fra hjemmetjenesten med eventuelt økonomiske besparelser

Hos 4 av 5 brukere gikk IPLOS-scoren opp etter endt rehabilitering, noe som innebærer at de har økt sitt funksjonsnivå og redusert sitt bistandsbehov. Det er ikke gjort en registrering av reell tidsbruk hos hjemmetrenere hos brukeren før og etter. Men en endring i IPLOS må kunne sies å være et indirekte mål på antall besøk fra hjemmetjenesten og videre økonomiske besparelser.

- Økt livskvalitet og mestring for hjemmeboende (COPM)

Alle prosjektdeltakerne har uttrykt høy grad av måloppnåelse ift sine prioriterte aktivitetsutfordringer, noe som må kunne sies å være et indirekte mål på økt livskvalitet og mestring.

Det anbefales at hverdagsrehabilitering innføres som en arbeidsform i hjemmetjenesten i Holtålen kommune fra og med 2014. Videre følger anbefalinger og forslag til prosedyre for hverdagsrehabilitering.

D en har løst på – kjæm att!

Sitat fra bruker - hverdagsrehabilitering

5.2 Anbefalinger videre

- Brukere med mistanke om kognitiv svikt bør ikke inkluderes i hverdagsrehabilitering selv om de ikke har en demensdiagnose.
- Det må samarbeides med tjenesten psykisk helsearbeid dersom det er nødvendig. En enkel screeningtest for depresjon/psykiske vansker slik som f.eks. MADRS(Montgomery-Åsberg depression rating scale) kan vurderes å innlemme i testbatteriet ved kartlegging.
- Man bør i fremtiden være forsiktig med å benytte manglende motivasjon som et eksklusjonskriterie, siden motivasjon er noe man kan jobbe med underveis i rehabiliteringsfasen.
- Det bør fattes vedtak på hverdagsrehabilitering på lik linje med andre kommunale tjenester.
- Det bør gjøres en opprydding i Gericas og oppsetting av gode maler for journalføring.
- Det bør fastsettes gode rutiner for ukentlig dialog mellom hjemmetrenere og rehabiliteringsteam hvor brukere kan drøftes.
- Det bør sees på mulighetene for å utforme et enkelt kort som kan henge på et synlig sted for bruker, med mål/tiltak og treningsprogram.
- Det bør gjennomføres ekstern kursing i bruk av COPM, siden det er teamets hovedverktøy.
- Det bør gjennomføres regelmessig faglig påfyll i Hjemmetjenesten angående hverdagsrehabilitering. Dette både for at hjemmetrenere selv skal kunne avdekke behov for hverdagsrehabilitering hos nye brukere, og også ift til gjennomføring av selve rehabiliteringsprosessen.
- Det er viktig med at hjemmetrener dokumenterer alle daglige tiltak i forbindelse med hverdagsrehabilitering i Gericas, dette for å sikre god kommunikasjon mellom hjemmetrenere og rehabiliteringsteam.
- Det er viktig at brukerne tallfester ved hjelp av den visuelle skalaen på COPM hvor mye de ulike daglige aktivitetene betyr for dem, samt utførelse og tilfredshet av de utvalgte problemene før og etter rehabiliteringsprosess. Dette for at brukers fremgang skal kunne synliggjøres.
- Rehabiliteringsteamet bør være de ansvarlige for IPLOS-registrering blir gjennomført før og etter rehabiliteringsprosess. Man kan evt få bistand fra hjemmetrener som kjenner bruker godt fra før.

5.3 Forslag til prosedyre for hverdagsrehabilitering

Formål

Sikre gode rutiner for gjennomføring av hverdagsrehabilitering og dermed en god kvalitet på tjenesten for aktuelle brukere.

Omfang

Rehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten i Holtålen Kommune.

Referanser

Helse og omsorgstjenesteloven
St. Melding 29 – Morgendagens Omsorg

Mål

- Redusere antall besøk fra hjemmetjenesten med eventuelt økonomiske besparelser
- Økt livskvalitet og mestring for hjemmeboende (COPM)

Beskrivelse av rutiner

1. Henvisning

Alle instanser, f.eks. lege, hjemmetjeneste eller Rehabiliteringsteam kan gi leder for Koordinerende Team beskjed om man treffer en bruker som kan være aktuell for hverdagsrehabilitering. Bruker selv/pårørende kan søke om rehabilitering via Holtålen Kommunes nettside: <https://kommune24-7.no/1644/> eller http://www.holtalen.kommune.no/Global/Helse%20og%20sosial%20og%20PRO/Soknadsskjema_PR_O.pdf. Leder i Rehabiliteringsteam mottar henvisning fra leder i Koordinerende Team om å gjøre kartlegging og evt iverksette hverdagsrehabilitering. Henvisningen skal innbefatte brukers samtykke. Leder i Rehabiliteringsteam dokumenterer mottatt henvisning.

2. Kartlegging

To representanter fra Rehabiliteringsteamet foretar kartlegging i brukers hjem med hjelp av COPM samt evt kartleggingsverktøyene IPLOS SPPB, Barthel-Index samt sjekkliste for bolig. Om mulig bør en fra hjemmetjenesten som har god kjennskap til bruker fra før være med på kartleggingen. Leder for Rehabiliteringsteam dokumenterer kartleggingsresultatene.

3. Vedtak

Vedtak/avslag om hverdagsrehabilitering gjøres av Koordinerende Team på bakgrunn av Rehabiliteringsteamets vurdering. Enhetsleder for hjemmetjenesten melder til leder for Rehabiliteringsteam om tidsbruk i hjemmetjenesten (gj.snittlig ant. timer pr uke) før oppstart av hverdagsrehabilitering. Leder for Rehabiliteringsteam dokumenterer denne informasjonen.

4. Tverrfaglig møte med definering av mål og tiltak

Det avholdes tverrfaglig møte med to representanter fra Rehabiliteringsteam, hjemmetrener, bruker og evt. pårørende. Rehabiliteringsplan med mål og tiltak basert på kartlegging nedfelles i rehabiliteringsplan på Gericia under område «Rehabilitering» i tiltaksplan. Bruker får utdelt et enkelt kort med mål/tiltak samt start-/sluttdato for rehabilitering, som henges synlig på egnet sted sammen med eventuelt treningsprogram.

5. IPLOS-registrering

Rehabiliteringsteamet er ansvarlige for at IPLOS-registrering blir gjennomført før og etter rehabiliteringsprosess. Man kan evt få bistand fra hjemmetrener som kjenner bruker godt fra før.

6. Gjennomføring av tiltak

Daglige tiltak fra hjemmetrener dokumenteres i Geric. Det gjennomføres ukentlig dialog mellom Rehabiliteringsteam og hjemmetrenere ved at fysio/ergo møter på ettermiddagsrapport hver torsdag 14.30. Informasjon om tidsbruk (gj.snittlig timer pr uke) hos hjemmetrenere innhentes av Rehabiliteringsteam på ukentlig møte, og dokumenteres av leder for Rehabiliteringsteam.

7. Midtveisevaluering

To representanter fra Rehabiliteringsteam og hjemmetrener foretar midtveisevaluering. Dette innebærer å prate med bruker om hvordan han/hun ligger an i forhold til sine mål. Om rehabiliteringsmålene er nådd midtveis kan man vurdere å avslutte rehabiliteringsprosessen ved midtveisevalueringen.

8. Sluttevaluering

Etter 8 uker gjennomføres sluttevaluering hvor Rehabiliteringsteam, hjemmetrener og bruker/pårørende deltar. Her tas COPM, IPLOS og SPPB på nytt. Sluttrapport føres i Geric på område Hverdagsrehabilitering under tiltaksplan. Leder for Rehabiliteringsteam sender leder for Koordinerende Team en internmelding om at sluttrapport foreligger på Geric.

9. Status tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering

Etter tre måneder gjennomfører Hjemmetrener en samtale med bruker, hvor tilfredshet med rehabiliteringsprosessen etterspørres (jmfør punkter i sluttrapport). I tillegg scores en ny IPLOS. Dette journalføres som et kort notat under område Hverdagsrehabilitering under tiltaksplan. Tidsbruk i etterkant av Hverdagsrehabilitering (gj. snittlig timer pr uke) hos hjemmetrenere dokumenteres av leder for Rehabiliteringsteam.

6 VEDLEGG

Henvising til demensteam/rehabiliteringsteam

1. Personen som har behov for koordinerte tjenester:

Navn:	Født:
Adresse:	
e-postadresse:	Tlf(mobil:

2. Pårørende:

Navn:
Adresse:
Tlf. privat: Tlf. jobb: Mobil:
Relasjon:

Navn:
Adresse:
Tlf. privat: Tlf. jobb: Mobil:
e-post:
Relasjon:

3. Årsak til kartlegging for koordinerte tjenester:

Problemstilling, eventuell diagnose og kort om hjelpebehov.)
--

4. Meldinga kommer fra:

Avdeling/tjeneste:	Navn:
e-postadr.:	Tlf/mobil

5. Nåværende samarbeidspartnere/ tjenester som er inne:

Avdeling /tjeneste:	Navn/kontaktperson:	Tlf/mobil:
---------------------	---------------------	------------

6. Har bruker individuell plan Ja Nei

7. Samtykke

Jeg har følgende reserveringer om innsyn i dokument/opplysninger:

Underskrift brukar / pårørende:

Dato: _____ Navn: _____

Dato: _____ Navn: _____

Melder si underskrift:

Dato: _____ Navn: _____

Kriterier for tildeling av tjenesten rehabilitering

Søker må ha et tidsavgrenset behov for tverrfaglig rehabilitering, som er så omfattende, at det er behov for tverrfaglig innsats.

Videre tjenestetilbud må være klart når rehabiliteringsprosess avsluttes.

Etter kartlegging vurderer rehabiliteringsteamet ut fra følgende kriterier, om rehabilitering skal igangsettes:

- Søker må være over 18 år
- Søker må være motivert for egeninnsats og delta aktivt i rehabiliteringsprosessen
- Søker bør ha forståelse for egen situasjon
- Søker må kunne samarbeide og ta instruksjer
- Søker må være i stand til å nyttiggjøre seg rehabiliteringsprosessen

Lovhjemmel

Tjenesten er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 3-3 og 3-9.

Tildeling av tjenesten skjer etter:

Lov om pasientrettighetsloven § 2-1a andre ledd, jf. § 3-1 første ledd.

Klageadgang

Vedtaket kan påklages etter lov om pasient- og brukerrettighetsloven kap. 7.

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

NORSK VERSJON

Forfattere:
Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert vurderingsinstrument, utviklet av og for ergoterapeuter. COPM brukes for å dokumentere klienters selvopplevde forandring i aktivitetsutførelse over tid.

Oversatt av Ingvild Kjekken, NRRK, Diakonhjemmets sykehus, Oslo, 2001.

Navn:		Fødselsnummer:	
Adresse:		Tlf.nummer:	
Diagnose/problemstilling:		Innleggelsesdato:	
Informant (hvis ikke klienten selv):			
Dato for vurdering:	Planlagt dato for ny vurdering:	Dato for ny vurdering:	
Ergoterapeut:			
Institusjon/arbeidssted:			

**TRINN 1:
IDENTIFISERE PROBLEMER MED AKTIVITETSUTFØRELSE**

For å identifisere problemer med aktivitet utførelse intervjues klienten. Spør om daglige aktiviteter innen personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Be klienten fortelle om daglige aktiviteter som hun/han gjerne vil gjøre, må gjøre eller forventes å gjøre ved å oppmuntre henne eller ham til å tenke gjennom en vanlig dag. Be deretter klienten fortelle hvilke av disse aktivitetene som er vanskelige å utføre slik hun/han ønsker det nå. Noter ned disse aktivitetene under trinn 1A, 1B eller 1C.

**TRINN 2:
VURDERE BETYDNING**

Bruk vurderingskortet for betydning, og be klienten angi på en skala fra 1 til 10 hvor viktig hver aktivitet er. Skriv tallene i rubrikkene under 1A, 1B eller 1C.

Trinn 1A: Personlige daglige aktiviteter

Personlig stell

(f.eks. påkledning, spise, personlig hygiene)

Mobilitet

(f.eks. forflytning innendørs/utendørs)

Fungere i samfunnet

(f.eks. transport, innkjøp, økonomi)

BETYDNING:

Trinn 1B: Produktivitet

Lønnet/ulønnet arbeid

(f.eks. få/beholde en jobb, frivillig arbeid)

Husarbeid

(f.eks. rengjøring, matlaging)

Lek/skole/utdanning

(f.eks. lek, lekser)

BETYDNING:

Trinn 1C: Fritid

BETYDNING:

Rolige fritidsaktiviteter
(f.eks. hobbyer, håndverk, lesing)

Fysisk krevende fritidsaktiviteter
(f.eks. sport, turer, reiser)

Sosiale aktiviteter
(f.eks. ta imot besøk, gå på besøk, ringe, brevveksling)

TRINN 3 OG 4: POENG - FØRSTE VURDERING OG OPPFØLGING

Bli enig med klienten om de fem viktigste problemene og noter dem nedenfor. Gjennom å bruke scoringskortene bes klienten om å vurdere hvert enkelt problem med hensyn til utførelse og tilfredshet. Beregn deretter totalt antall poeng. Totalt antall poeng beregnes ved å legge sammen poeng for utførelse eller tilfredshet for samtlige problemer, og dele på antall problemer. Ved oppfølging scorer klienten igjen hvert problem med hensyn til utførelse og tilfredshet. Beregn nye poeng og forskjellen.

Første vurdering:**Problemer med å utføre aktiviteter**

Utførelse 1

Tilfredshet 1

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Oppfølging:

Utførelse 2

Tilfredshet 2

Totalscore:Utførelse 1
Poeng 1Tilfredshet 1
Poeng 1Utførelse 2
Poeng 2Tilfredshet 2
Poeng 2

Total = Total utførelse-
el. tilfredshet-
score poeng

Antall problemer =

= = = **FORSKJELL I UTFØRELSE** = Utførelse score 2

- Utførelse score 1

= **FORSKJELL I TILFREDSH.** = Tilfredsh. score 2

- Tilfredsh. score 1

=

NOTATER OG BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Første vurdering:

Oppfølging:

Short Physical Performance Battery (SPPB)

Oversatt til norsk april 2013 v/Sverre Bergh¹, Heidi Lyshol², Geir Selbæk¹, Bjørn Heine Strand², Kristin Taraldsen³, Pernille Thingstad³ 1. Alderspsykiatrisk forsknings-senter, Sykehuset Innlandet HF 2. Folkehelseinstituttet 3. Forsknings gruppe for geriatri, St. Olavs hospital og NTNU

Innhold:

1. Manual for testprotokoll
2. Registreringsark for testing
3. Scoringsark for poengberegning
4. Vedlegg:
 - Scoring for 3m gangtest der 4m ikke er praktisk mulig
 - Tillegg til originaltesten:
Registrering av ganghastighet og reise/sette seg x5 med bruk av armene

Bakgrunn:

Short Physical Performance Battery er en test for screening av fysisk funksjon hos eldre. Testen var opprinnelig utviklet for bruk i en større amerikansk studie av eldre over 65 år, EPESE studien. Testen har vist seg å ha god prediksjonsevne for død og sykehjemsinnleggelse [1], fremtidig funksjonsfall og økt hjelpebehov [4], sykehusinnleggelse [5] og reinnleggelse i sykehus [6]. Den har vist seg egnet til bruk i sykehus på akutt syke eldre [7], som screeningtest i primærhelsetjenesten [8] og på hjemmeboende eldre [9]. Testen er oversatt fra engelsk til norsk i tråd med gjeldende retningslinjer og den norske versjon er gratis og fritt tilgjengelig for bruk.

Tillegg til originalversjonen:

Utregning og registrering av ganghastighet er ikke en del av originaltesten. Ganghastighet kan brukes som en selvstendig test, er et anbefalt mål på helse og funksjon hos eldre og har veletablerte referanseverdier [10]. Den originale SPPB versjonen kan ha en gulveffekt ved testing av eldre med lavt funksjonsnivå. For eldre som scorer 0 poeng på reise/sette seg kan tiden med bruk av armene registreres i tillegg. Denne tiden regnes ikke inn i totalscoren SPPB, men registreres som en egen test.

Testprosedyre:

Nødvendig utstyr: Stoppeklokke, målebånd, farget markerings teip, stol

Det anbefales at manualen og instruksjoner innøves på forhånd. Kun registreringsarket brukes under testing, og beregning av totalscore gjøres i etterkant. Det anbefales å laste ned instruksjonsvideo og informasjonsmaterieil fra hjemmesiden til originaltesten: <http://www.grc.nia.nih.gov/branches/ledb/sppb/>. Ganghjelpemiddel kan brukes under gangtesten om nødvendig. Det er viktig å registrere og bruke samme ganghjelpemiddel ved retest, evt. velge det pasienten går raskest med for å kunne fange opp bedring. Ved testing av statisk balanse og reise/sette seg x5 settes eventuelle ganghjelpemiddel til siden (ikke ha rullator foran pasienten). Årsak til at deltageren ikke gjennomfører testen er viktig å registrere for å skille mellom deltagere som fysisk ikke er i stand til å gjennomføre testen pga utrygghet og redusert funksjon (scorer null poeng) og de som kan fysisk, men ikke lar seg teste av andre grunner (missing). Denne vurderingen baseres på tester sin kliniske vurdering.

Tolkning [1, 2]:

Lav score: 0-6 poeng	< 10 poeng indikerer økt risiko for funksjonssvikt
Middels score: 7-9 poeng	< 8 poeng indikerer begynnende svikt i ADL funksjoner
Høy score: 10-12 poeng.	

Klinisk meningsfull endring (totalscore): 1 poeng [3]

For mer detaljerte referanseverdier i forhold til alder og kjønn anbefales originalartikkelen [2]. Referanseverdier for ganghastighet som selvstendig test er oppgitt i vedlegget.

1. Guralnik, J.M., et al., *A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission*. J Gerontol, 1994. **49**(2): p. M85-94.
2. Guralnik, J.M., et al., *Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2000. **55**(4): p. M221-31.
3. Perera, S., et al., *Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults*. J Am Geriatr Soc, 2006. **54**(5): p. 743-9.
4. Guralnik, J.M., et al., *Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability*. N Engl J Med, 1995. **332**(9): p. 556-61.
5. Studenski, S., et al., *Physical performance measures in the clinical setting*. J Am Geriatr Soc, 2003. **51**(3): p. 314-22.
6. Volpato, S., et al., *Predictive value of the Short Physical Performance Battery following hospitalization in older patients*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2011. **66**(1): p. 89-96.
7. Volpato, S., et al., *Performance-based functional assessment in older hospitalized patients: feasibility and clinical correlates*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2008. **63**(12): p. 1393-8.
8. Cavazzini, C., et al., *Screening for poor performance of lower extremity in primary care: the Camucia Project*. Aging Clin Exp Res, 2004. **16**(4): p. 331-6.
9. Freiburger, E., et al., *Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments*. Age Ageing, 2012. **41**(6): p. 712-21.
10. Studenski, S., *Bradyphasia: is gait speed ready for clinical use?* J Nutr Health Aging, 2009. **13**(10): p. 878-80.

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, TEST MANUAL

Alle testene bør gjennomføres i samme rekkefølge som de er presentert i denne manualen. Instruksjoner til deltagerne er vist i uthevet kursiv og skal formuleres på nøyaktig samme måte som beskrevet i dette dokumentet.

1. STATISK BALANSE

Deltageren må være i stand til å stå uten støtte, uten hjelp av stokk eller rullator. Du kan hjelpe deltageren opp i stående.

La oss nå begynne kartleggingen. Nå vil jeg at du skal prøve å innta ulike stillinger. Jeg vil først beskrive og vise hver stilling for deg. Så vil jeg at du skal prøve å gjøre det samme. Du skal ikke gjøre noe du føler er utrygt eller noe du ikke klarer.

Har du noen spørsmål før vi starter?

A. Stående stilling, samlede føtter

1. *Nå vil jeg vise deg den første stillingen.*
2. (Demonstrer) *Jeg vil at du skal forsøke å stå med føttene samlet, inntil hverandre, i ca 10 sekunder.*
3. *Du kan bruke armene, bøye knærne eller bevege kroppen for å holde balansen, men prøv å ikke flytte på føttene. Prøv å holde stillingen helt til jeg ber deg stoppe.*
4. Stå ved siden av deltageren for å hjelpe han/henne inn i stillingen.
5. Gi akkurat nok støtte til deltagerens arm for å unngå at han/hun mister balansen.
6. Når deltageren står med føttene samlet, spør "Er du klar?"
7. Slipp så taket og start tidtakingen idet du sier, "Klar, start"
8. Stopp stoppeklokken og si "stopp" etter 10 sekunder eller hvis deltageren flytter føttene og forlater stillingen eller griper tak i armen din.
9. Hvis deltageren ikke klarer å holde stillingen i 10 sekunder, noter resultatet og gå videre til ganghastighetstesten.

B. Stående stilling, semi-tandem

1. *Nå vil jeg vise deg den andre stillingen.*
2. (Demonstrer) *Nå vil jeg at du skal forsøke å stå med siden av hælen på den ene foten inntil stortåen på den andre foten i ca 10 sekunder. Du kan velge hvilken fot du har fremst, den som føles mest naturlig for deg.*
3. *Du kan bruke armene, bøye knærne eller bevege kroppen for å holde balansen, men prøv å ikke flytte på føttene. Prøv å holde stillingen helt til jeg ber deg stoppe.*
4. Stå ved siden av deltageren for å hjelpe han/henne inn i semi-tandem stilling.
5. Gi akkurat nok støtte til deltagerens arm for å unngå at han/hun mister balansen.
6. Når deltageren står med føttene samlet, spør "Er du klar?"
7. Slipp så taket og start tidtakingen idet du sier, "Klar, start"
8. Stopp stoppeklokken og si "stopp" etter 10 sekunder eller hvis deltageren flytter føttene og forlater stillingen eller griper tak i armen din.
9. Hvis deltageren ikke klarer å holde stillingen i 10 sekunder, noter resultatet og gå videre til ganghastighetstesten.

C. Stående stilling, tandem

1. *Nå vil jeg vise deg den tredje stillingen.*
2. (Demonstrer) *Nå vil jeg at du skal forsøke å stå med hælen på den ene foten foran og inntil tærne på den andre foten i ca 10 sekunder. Du kan velge hvilken fot du har fremst, den som føles mest naturlig for deg.*
3. *Du kan bruke armene, bøye knærne eller bevege kroppen for å holde balansen, men prøv å ikke flytte på føttene. Prøv å holde stillingen helt til jeg ber deg stoppe.*
4. Stå ved siden av deltageren for å hjelpe han/henne inn i tandem stilling.
5. Gi akkurat nok støtte til deltagerens arm for å unngå at han/hun mister balansen.
6. Når deltageren står med føttene samlet, spør "Er du klar?"
7. Slipp så taket og start tidtakingen idet du sier, "Klar, start"
8. Stopp stoppeklokken og si "stopp" etter 10 sekunder eller hvis deltageren flytter føttene og forlater stillingen eller griper tak i armen din.

2. 4m GANGTEST

Nå skal jeg observere hvordan du vanligvis går. Hvis du bruker stokk eller andre ganghjelpemidler, og føler at du trenger det for å gå en kort distanse, kan du bruke det.

A. Første test av ganghastighet

1. *Dette er distansen du skal gå. Jeg vil at du skal gå til den andre enden, i din vanlige hastighet, som om du gikk nedover gaten til butikken.*
2. Demonstrer øvelsen for deltageren
3. *Gå hele lengden, over og forbi teip-markeringen før du stopper. Jeg kommer til å gå sammen med deg. Føler du at dette er trygt?*
4. La deltageren stå med begge føttene inntil startlinjen.
5. *Når jeg vil du skal starte, sier jeg: "Klar, start".* Når deltageren bekrefter å ha forstått instruksjonen, si: "Klar, start."
6. Start tidtakingen idet deltageren begynner å gå.
7. Gå bak og til siden for deltageren.
8. Stopp tidtakingen når en av deltagerens føtter er helt over mållinjen.

B. Andre test av ganghastighet

1. *Nå vil jeg at du skal gjøre det samme en gang til. Husk å gå i din vanlige hastighet, og gå helt over og forbi teip-markeringen.*
2. La deltageren stå med begge føttene inntil startlinjen.
3. *Når jeg vil at du starter, sier jeg: "Klar, start".* Når deltageren bekrefter å ha forstått instruksjonen, si: "Klar, start."
4. Start tidtakingen idet deltageren begynner å gå.
5. Gå bak og til siden for deltageren.
6. Stopp tidtakingen når en av deltagerens føtter er helt over mållinjen.

3. REISE SEG TEST

Reise seg fra stol én gang

1. ***Dette er den siste øvelsen. Er det trygt for deg å reise deg opp fra stolen uten å bruke armene?***
2. ***Den neste testen måler styrken i beina dine.***
3. (Demonstrer og forklar øvelsen.) ***Først, kryss armene over brystet, og sitt slik at føttene er plassert på gulvet; så reiser du deg opp, behold armene i kryss over brystet.***
4. ***Nå vil jeg at du skal prøve å reise deg opp med armene i kryss over brystet.*** (Noter resultatet).
5. Hvis deltageren ikke klarer å reise seg uten å bruke armene, si ***"OK, prøv å reise deg med bruk av armene."*** Dette avslutter testen. Noter resultatet og gå til scoringsarket.

Reise/ sette seg x5

1. ***Tror du det vil være trygt for deg å reise deg opp fra stolen fem ganger uten å bruke armene?***
2. (Demonstrer og forklar øvelsen.) ***Nå vil jeg at du skal reise deg helt opp så RASKT du kan fem ganger, uten stopp. Etter at du har reist deg hver gang, sett deg ned og reis deg opp igjen. Behold armene i kryss over brystet. Jeg tar tiden med en stoppeklokke.***
3. Når deltageren sitter på riktig måte, si: ***"Klar? Reis deg"*** og start tidtakingen.
4. Tell høyt hver gang deltageren reiser seg, opp til fem ganger.
5. Stopp om deltageren blir sliten eller tungpustet av å reise seg fra stolen flere ganger.
6. Stopp stoppeklokka når han/hun har reist seg helt opp den femte gangen.
7. Stopp også
 - Hvis deltageren bruker armene
 - Etter 1 minutt, hvis deltageren ikke har fullført 5 repetisjoner
 - Hvis du bekymrer deg for deltakerens sikkerhet
8. Hvis deltageren er utslitt og stopper før fem repetisjoner, spør ***"Kan du fortsette?"*** for å bekrefte dette.
9. Hvis deltageren sier "Ja," fortsett tidtakingen. Hvis deltageren sier "Nei," stopp og nullstill stoppeklokken.

Registreringsark

dd/mnd/år:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ID/navn:

<input type="text"/>

1. Balansetest

1. Samlede føtter
10 sekunder



1. sek



2. Semi-tandem
10 sekunder



2. sek



3. Tandem
10 sekunder



3. sek



Gå til gangtest

2. Gangtest



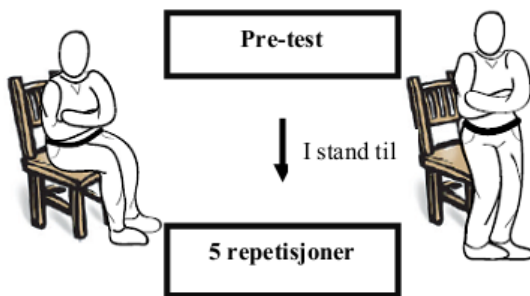
Ganghjelpemidler ved test (kryss av):

- uten
- krykke/stokk (er)
- rollator
- Annet (spesifiser) _____

Tid test 1: sek

Tid test 2: sek

3. Reise/ sette seg



→ Avslutt
Ikke i stand til

Setehøyde cm

Tid 5 repetisjoner uten armbruk: sek

Tester:

SCORING SPPB:


dd/mnd/år:

ID/navn:

1. Score statisk balanse

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislyktes, kryss av hvorfor:

- Forsøkte, men ikke i stand til(0p)
- Deltageren kunne ikke holde stillingen uten hjelp(0p)
- Ikke forsøkt, tester følte det utrygg(0p)
- Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygg(0p)
- Deltager tar ikke instruksjon(missing)
- Annet (spesifiser) _____
- Deltager nektet(missing)



Samlede føtter	=10 sek = 1 p <10 sek = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Semi-tandem	=10 sek = 1 p <10 sek = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Tandem	=10 sek = 2 p 3 - 9.99 sek = 1 p < 3 sek = 0 p	<input type="text"/>
	=	<input type="text"/>
	Sum poeng balanse:	<input type="text"/>

2. Score 4m gangtest

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislyktes, kryss av hvorfor:

- Forsøkte, men ikke i stand til(0p)
- Deltageren kunne ikke gå uten assistanse(0p)
- Ikke forsøkt, tester følte det utrygg(0p)
- Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygg(0p)
- Deltager tar ikke instruksjon(missing)
- Annet (spesifiser) _____
- Deltager nektet(missing)



Deltager var ikke i stand til: = 0 poeng
 Hvis tiden var > 8.7 = 1 poeng
 Hvis tiden var 6.21 - 8.70 = 2 poeng
 Hvis tiden var 4.82 - 6.20 = 3 poeng
 Hvis tiden var < 4.82 = 4 poeng

Poeng ganghastighet (beste av to forsøk):

3. Score reise/sette seg x5

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislyktes, kryss av hvorfor:

- Forsøkte, men ikke i stand til(0p)
- Deltageren kunne ikke reise seg uten hjelp(0p)
- Ikke forsøkt, tester følte det utrygg(0p)
- Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygg(0p)
- Deltager tar ikke instruksjon(missing)
- Annet (spesifiser) _____
- Deltager nektet(missing)

Deltager var ikke istand til/brukte >60 sek = 0 poeng
 Hvis tiden var ≥16.7 sek = 1 poeng
 Hvis tiden var 13.7 - 16.69 sek = 2 poeng
 Hvis tiden var 11.20 - 13.69 sek = 3 poeng
 Hvis tiden var ≤ 11.19 sek = 4 poeng



Poeng reise/sette seg x5:

tester:

TOTAL SCORE SPPB 1.+2.+3.:

Vedlegg/tillegg til originaltesten:

1. Ganghastighet-test
2. Reise/sette x5 m/armbruk
3. Scoring for 3m gangtest (der 4m ikke er mulig)

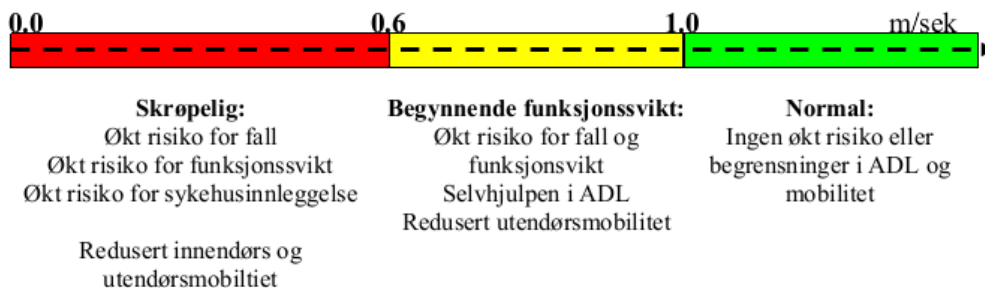
Ganghastighet-test:

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

Test 1. m / sek = m/sek

Test 2. m / sek = m/sek

Tolkning [1-3]:



Reise/sette seg x5 m/armbruk: Samme instruksjon som SPPB, men med bruk av armlener på stolen.

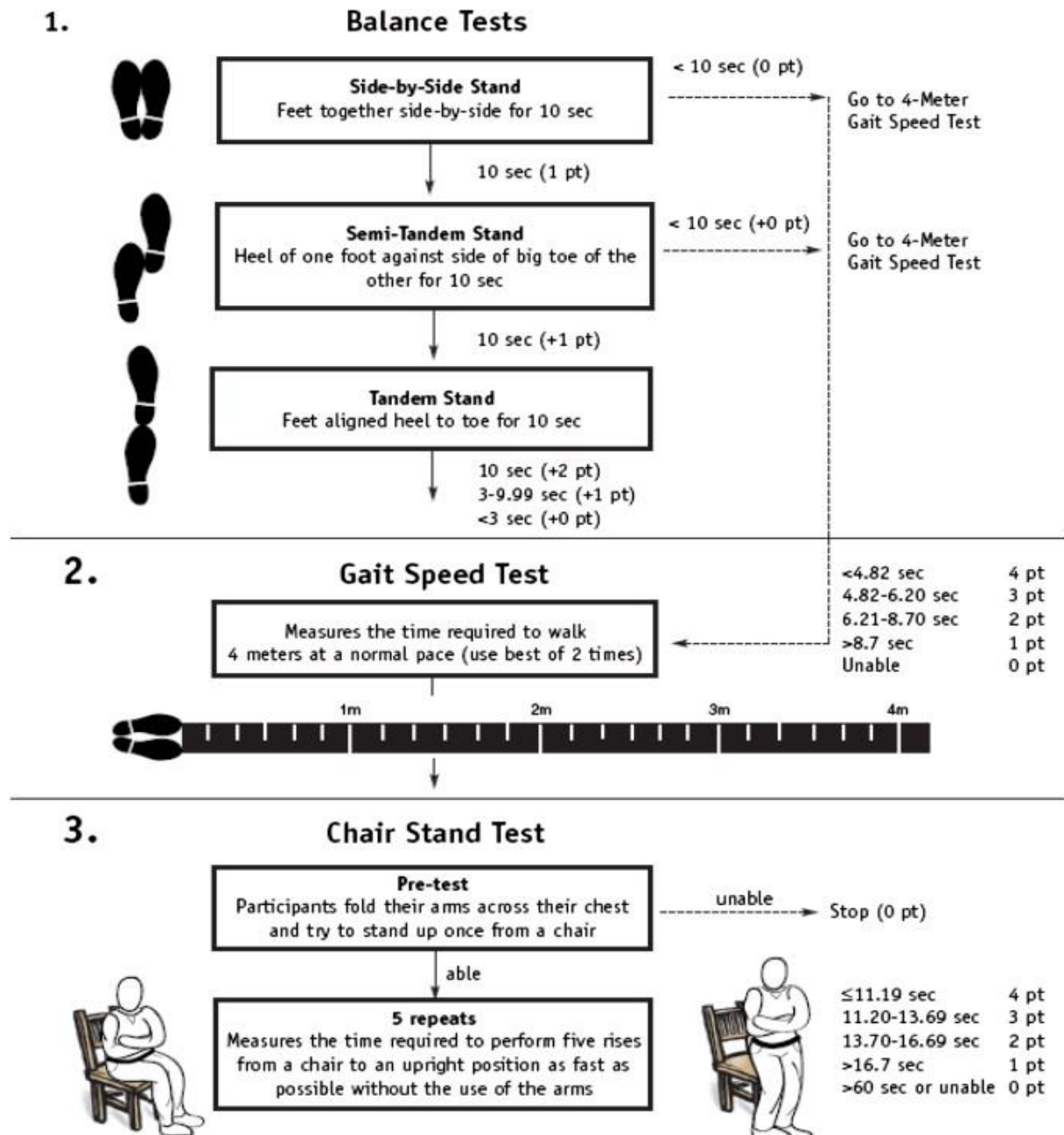
Tid 5 repetisjoner m/armbruk: sek

Ved testing av skrøpelige populasjoner anbefales å legge til et ekstra element i tillegg til originaltesten i form av registrert tid på reise/sette seg x5 med bruk av armer (armlener på stol) der deltager ikke klarer å reise seg uten støtte.

Skåring for 3m distanse (hvis 4m ikke er mulig å gjennomføre):

Deltager var ikke i stand til:	= 0 poeng
Hvis tiden var > 6.52	= 1 poeng
Hvis tiden var 4.66 - 6.52	= 2 poeng
Hvis tiden var 3.62 - 4.65	= 3 poeng
Hvis tiden var < 3.62	= 4 poeng

Kortversjon SPPB



Sjekkliste for bolig/hjemmeforhold		
Dato:	Navn:	
Risikofaktorer:		Kommentarer:
<i>Generelt:</i>		
Bor alene	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Utrygt inngangsparti	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Bruker flere etasjer daglig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Dårlig belysning ute/inne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Glatte gulv/underlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Løse tepper/matter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Høye dørterskler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Overmøblerte rom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Blokkerte passasjer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Løse ledninger på gulvet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Høye/lave skap, hyller og lignende	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<i>Møbler:</i>		
Lave stoler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Lave senger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Ustabile møbler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Bruk av krakk/gardintrapp	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<i>Bad/toalett:</i>		
Har badekar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Sklisikring i dusjen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Manglende mulighet til støtte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Lavt toalettsete	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Glatte gulv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<i>Trapper:</i>		
Flere trapper brukes daglig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Bratt og/eller smal trapp	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Manglende gelender	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Dårlig belysning i trappeoppgang	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Dårlig merkede/glatte trinn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<i>Andre forhold:</i>		
Egnet plassering av telefon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Egnet tilgang til postkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Egnet tilgang til søppelkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

7 REFERANSER

Folkehelseinstituttet (2010). Mange flere friske eldre (besøksdato 12.11.12)

Law, M., Carswell, A. m.fl (2008). Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Månsson (2007). Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Fortbildningen AB/Tidningens Äldreomsorg

Ness N.E, Laberg T, m.fl. Prosjektrapport: Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Omsorgsplan 2015.

Stortingsmelding 25 (2005-2006) Mestring og muligheter og mening