

Endringer i daglige aktiviteter, fysisk funksjon og livskvalitet etter hverdagsrehabilitering for voksne i yrkesaktiv alder: en oppfølgingsstudie

Av Ingjerd Olimb Andersson, Ingvild Kjekken, Oddvar Førland, Eva Langeland & Hanne Tuntland

Abstract

Background: There is a lack of research on daily functioning and quality of life development among participants in reablement.

Aim: To examine changes in performance of daily activities and satisfaction with that performance, physical function, and health-related quality of life after participation in reablement.

Methods: A follow-up study including 78 participants (18-65 years). Measurements were performed at baseline and at ten weeks, and then again at six and twelve months. Primary outcomes were activity performance and satisfaction with performance measured by the Canadian Occupational Performance Measure. Secondary outcomes were physical function and health-related quality of life. Changes between baseline and follow-ups were investigated with paired t-tests.

Results: The results suggest significant positive changes in activity performance and satisfaction at ten weeks (2.98, 3.37, $p < 0.001$) and after twelve months (2.71, 3.47, $p < 0.001$). Positive changes were also found in most dimensions of physical function and health-related quality of life at ten weeks, six and twelve months.

Conclusion: This study suggests that reablement provides a range of benefits that are important for people in working age with different health challenges both in short and long term. However, due to lack of control group, the findings must be interpreted with caution.

Keywords: Reablement, Adult, COPM, Activities of daily living, Physical function



Ingjerd Olimb Andersson er ergoterapeut i Enebakk kommune.
Epost: ingjerd.andersson@gmail.com



Ingvild Kjekken er seniorforsker ved Diakonhjemmet Sykehus og professor i ergoterapi ved OsloMet.



Oddvar Førland er professor ved Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning.



Eva Langeland er professor i helsevitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.



Hanne Tuntland er dosent ved Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis ved OsloMet.

Manuset ble mottatt 23.02.2022, og det ble godkjent for publisering 13.09.2022.

Det er ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Innledning

De siste ti årene har antall brukere under 67 år med behov for hjemmetjenester økt, og utgjør nå 45 prosent av de som mottar slike tjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021). Forskning viser at å kunne utføre daglige aktiviteter i tråd med egne ønsker og mål kan styrke livskvaliteten (Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012). Å komme inn tidlig med vurdering av rehabiliteringspotensial og oppstart av intensiv trening, er derfor viktig for å forebygge og utsette funksjonsfall, redusere hjelpebehovet og gi økt mestring. Rehabilitering har et livsløpsperspektiv hvor brukeren gjennom egne definerte ønsker og mål skal styrke og opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig (Solvang, 2019). Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som nå er etablert i mange kommuner. Det er en form for hjemmebasert rehabilitering hvor hovedmålet er å fremme hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter blant hjemmeboende personer med behov for rehabilitering. I hverdagsrehabilitering velger personen daglige betydningsfulle aktiviteter hvor målet er å forbedre utførelsen av aktivitetene, og opptreningen skjer i hjem eller nærmiljø (Hartviksen & Sjøli, 2017) Internasjonalt defineres hverdagsrehabilitering som:

«... a person-centred, holistic approach that aims to enhance an individual's physical and/or other functioning, to increase or maintain their independence in meaningful activities of daily living at their place of residence and to reduce their need for long-term services. Reablement consists of multiple visits and is delivered by a trained and coordinated interdisciplinary team. The approach includes an initial comprehensive assessment followed by regular reassessments and the development of goal-oriented support plans. Reablement supports an individual to achieve their goals, if applicable, through participation in daily activities, home modifications and assistive devices as well as involvement of their social network. Reablement is an inclusive approach irrespective of age, capacity, diagnosis or setting.» (Metzelthin, Rostgaard, Parsons, & Burton, 2020, s. 11).

Definisjonen fremhever personsentrert tilnærming for å opprettholde eller øke selvstendighet i daglige aktiviteter. Personen setter selv mål ut fra sine behov, og et koordinert tverrfaglig team følger opp treningen i de ulike daglige aktivitetene. Videre vektlegges en helhetlig innledende vurdering hvor treningsplan lages i samarbeid med personen ut fra

mål som personen har definert. Målene revurderes underveis i treningsperioden, slik at mål er i samsvar med plan og trening. Den internasjonale definisjonen samsvarer godt med hvordan hverdagsrehabilitering ble tilbudt i vår studie, hvor det ble gjort grundig førstegangsintervju ved å bruke the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Definisjonen fremhever og hverdagsrehabilitering som en rehabiliteringsmetode som passer for alle, uavhengig av alder eller diagnose.

Hverdagsrehabilitering er innført i mange vestlige land, men med noe ulikt innhold i de ulike landene (Doh, Smith, & Gevers, 2019). Syv systematiske oversiktsartikler og åtte enkeltstudier har vurdert effekt av hverdagsrehabilitering, hvorav effekt i forhold til selvstendighet i daglige aktiviteter er vurdert i seks systematiske oversikter og to enkeltstudier. Disse studiene viser motstridende funn. Mens fire av oversiktsartiklene viser beskjeden effekt på bedret selvstendighet i daglige aktiviteter (Buma, Vluggen, Zwakhalen, Kempen, & Metzelthin, 2022; Cochrane et al., 2016; Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer, & Ashe, 2017; Whitehead, Worthington, Parry, Walker, & Drummond, 2015), kunne man i to andre systematiske oversikter ikke konkludere med effekt på bedret selvstendighet (Pettersson & Iwarsson, 2017; Tessier, Beaulieu, McGinn, & Latulippe, 2016). To norske studier viser signifikant effekt på utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter blant personer med ulike helseutfordringer (Langeland et al., 2019; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015).

Effekt av hverdagsrehabilitering for fysisk funksjon er undersøkt i ti studier. Av disse indikerer en systematisk scoping review (Mjøsund, Moe, Burton, & Uhrenfeldt, 2020) og fire enkeltstudier at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på fysisk funksjon (Langeland et al., 2019; Lewin & Vandermeulen, 2010; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013; Tinetti et al., 1999), mens en systematisk oversikt (Pettersson & Iwarsson, 2017) og fire enkeltstudier (Burton, Lewin, Clemson, & Boldy, 2013; Lewin et al., 2013; Rooijackers et al., 2021; Tuntland et al., 2015) ikke kunne konkludere med at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på fysisk funksjon.

Hvorvidt hverdagsrehabilitering bedrer helse-relatert livskvalitet er undersøkt i tre systematiske oversikter og tre enkeltstudier (Cochrane et al., 2016; Langeland et al., 2019; Parsons et al., 2012; Pettersson & Iwarsson, 2017; Tessier et al., 2016; Tuntland et al., 2015). Alle studiene, med unntak av Tuntland 2015, viste en positiv effekt på helse-relatert livskvalitet,

men det fremheves at hverdagsrehabilitering har en holistisk tilnærming, hvor flere faktorer spiller inn, som for eksempel samarbeid og tillit til helseutøveren (Cochrane et al., 2016; Pettersson & Iwarsson, 2017).

I Norge har regjeringen støttet opp under etableringen av hverdagsrehabilitering, og rehabiliteringsformen fremheves med et eget kapittel i stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg (St. meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). I alt 43 kommuner som etablerte tilbud om hverdagsrehabilitering fikk økonomisk støtte i oppstartsperioden og ble evaluert gjennom en nasjonal følgestudie i regi av Helsedirektoratet. Mange kommuner opprettet hverdagsrehabiliteringsteam med ergoterapeut i teamet (Langeland et al., 2016). I studien til Tuntland (2015) var gjennomsnittsalderen for intervensjonsgruppen 80 år og for kontrollgruppen 78 år.

Det er behov for å undersøke endringer i daglige aktiviteter, fysisk funksjon og livskvalitet etter hverdagsrehabilitering også for personer i yrkesaktiv alder. Målet med denne studien er derfor å undersøke om personer i alderen 18-65 år som deltok i hverdagsrehabilitering, bedret sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet etter ti uker fra behandlingsstart, og om dette vedvarte i et tolv måneders perspektiv.

Metode

DESIGN OG KONTEKST

Hovedstudien

Det ble i perioden 2013-2016 utført en stor klinisk kontrollert studie med 43 kommuner involvert hvor man så på effekt av hverdagsrehabilitering (Langeland et al., 2016). Studien ble utført av Senter for omsorgsforskning Vest og Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services (CHARM) på oppdrag fra Helsedirektoratet. I studien undersøkte man effekten av hverdagsrehabilitering for brukere, økonomisk effekt for kommunen, modeller for tiltak, faglig forsvarlighet og i hvilken grad prosjektmidler sikrer implementering i ordinær drift i de 43 deltagende kommunene som hadde søkt og fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Totalt 833 deltakere (712 i intervensjonsgruppen og 121 i kontrollgruppen) ble inkludert i studien og ble vurdert ved oppstart, og etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Intervensjonsgruppen fikk hverdagsrehabilitering. Av de 833 deltakerne var 90 personer under 65 år, 78 i intervensjonsgruppen og tolv i kontrollgruppen. Hovedutfallsmål i studien var utførelse og tilfredshet med

daglige aktiviteter. I hovedstudien var det 217 deltagere som falt fra studien underveis. Hyppigste grunn til frafall var dårlig helsetilstand, at de ikke lenger mestret å delta, eller fikk institusjonsplass. Noe frafall skyldes og mangelfull rapportering fra kommunene. Da all datainnsamling ble avsluttet desember 2015 var det i hovedstudien 233 (32 prosent) av 720 deltagere som mottok hverdagsrehabilitering som ikke rakk tolv måneders kartlegging. Det ble gjort styrkeberegninger for å vurdere hvor stort utvalg som var nødvendig for å kunne hente ut sikre og pålitelige funn fra dataene (Langeland et al., 2016). Detaljer om studien og resultatene fra den kliniske kontrollerte studien er publisert (Langeland et al., 2019).

Delstudien

Utvalget som er benyttet i denne aktuelle studien, er et subutvalg fra den klinisk kontrollerte studien, og består av deltagerne mellom 18 og 65 år som deltok i hverdagsrehabilitering. Vi valgte å ikke ha med deltagere i kontrollgruppen som sammenligningsgrunnlag, fordi antallet (n=12) var for lite til å få pålitelige resultater. I delstudien var det 41 deltagere som falt fra underveis. Størst frafall var mellom seks og tolv måneder. Det er ikke kartlagt grunn til frafall på hver enkelt deltaker i denne studien.

DELTAGERE

Da utvalget i denne delstudien er et subutvalg fra hovedstudien, vil inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt instrumenter for datainnsamling være de samme. Inklusjonskriterier var følgende: Personer som var hjemmeboende og hadde behov for hverdagsrehabilitering, nye søkere av hjemmebaserte tjenester eller personer henvist til hjemmebaserte tjenester, personer som opplevde funksjonsfall og hadde problemer med å mestre minst en hverdagsaktivitet, personer som var 18 år og eldre og var klare og orienterte. Eksklusjonskriterier var personer i terminal fase og personer som ble vurdert til å ha behov for sykehjems plass eller dag/døgntilbud for rehabilitering (Langeland et al., 2016, s. 30).

I delstudien ble data fra de 78 deltakere i aldersgruppen 18-65 år i intervensjonsgruppen anvendt. Disse kom fra 23 ulike kommuner.

DATAINNSAMLING

Det ble hentet inn informasjon om deltagerens alder, kjønn, sivil status, utdanningsnivå og om de bodde alene. De skulle og oppgi sin hoveddiagnose/største helseutfordring. Før oppstart skåret informantene

hvor motiverte de var for rehabilitering på en skala fra 1-10 med 10 som mest motivert. Alle data ble samlet inn av ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier i den aktuelle kommunen.

Vurderingsredskapene som ble benyttet i denne studien er; Canadian Occupation Performance Measure (COPM), Short Physical Performance Battery (SPPB) og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L).

PRIMÆRE UTFALLSMÅL

Primære utfallsmål var utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med utførelsen, målt med COPM, som er et klientsentrert vurderingsredskap utformet for å fange opp endringer i en persons selvrapporterte vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid. COPM ble opprinnelig laget av og for ergoterapeuter (Law et al., 2015), men brukes i dag av mange profesjoner og tverrfaglige behandlingsteam. Undersøkelsen utføres som et semistrukturert intervju, hvor personen beskriver sine aktivitetsproblemer. Gjennom en samtale er hovedfokus i COPM å identifisere daglige aktiviteter som personen opplever som utfordrende, men viktige å trene på og forbedre. COPM benyttes som en del av vurderingen ved oppstart for å kunne gi et godt grunnlag for å utvikle rehabiliteringsmål og planlegge innholdet i hverdagsrehabiliteringen. COPM inkluderer områdene personlig stell, produktivitet og fritid. Utfordrende aktiviteter kan være av fysisk, psykisk og/eller sosial art. Personen skårer på en skala fra 1-10 hvor viktig det er å kunne utføre aktiviteten, (10 = «veldig viktig»). Deretter velger personen inntil fem aktiviteter ut fra de som er skrevet ned som det er viktig å gjøre noe med, og vurderer utførelse nå og hvor tilfreds han/hun er med denne utførelsen på disse aktivitetene, igjen på en skala fra 1 - 10, (10 = «Kan utføre veldig bra» eller «Veldig tilfreds med utførelsen»). Gjennomsnittsskår for utførelse og tilfredshet regnes ut ved å legge sammen antall poeng for utførelse eller tilfredshet og dele på antall aktiviteter. De prioriterte aktivitetene danner grunnlaget for valg av mål og tiltak i hverdagsrehabiliteringen. Etter en periode gjøres en revurdering av utførelse og tilfredshet av de prioriterte aktivitetene.

COPM er valid, reliabelt og et anvendbart vurderingsredskap for å kartlegge daglige gjøremål som er betydningsfulle for personen (Carswell et al., 2004; Enemark Larsen, Wehberg, & Christensen, 2020). En norsk studie konkluderte med at COPM har adekvat validitet, responsivitet og gjennomfør-

barhet brukt i hverdagsrehabilitering for eldre, og at 3.0 poeng for utførelse og 3.2 poeng for tilfredshet er grenseverdier for hva som utgjør en klinisk relevant bedring eller forverring i hverdagsrehabilitering med eldre (Tuntland, Aaslund, Langeland, Espehaug, & Kjekken, 2016). COPM egner seg til ulike aldersgrupper og klientgrupper (Gimeno et al., 2014; McColl, Paterson, Davies, Doubt, & Law, 2000).

SEKUNDÆRE UTFALLSMÅL

Fysisk funksjon (balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i bena) ble målt med SPPB. Dette vurderingsredskapet består av tre deler:

- 1 Statisk balanse testes ved at personen skal stå med samlede føtter i ti sekunder, deretter hæl inntil den andre foten i ti sekunder og til sist hæl inntil tå på den andre foten i ti sekunder.
- 2 Gangfunksjon vurderes gjennom at personen skal gå fire meter over gulvet i vanlig tempo.
- 3 Muskelstyrke i bena måles ved å be personen reise/sette seg i raskt tempo fem ganger fra kjøkkenstol uten armlene med armene i kryss over brystet. Hvis hun/han klarer dette, skal personen reise/sette seg så raskt hun/han kan fem ganger. Hvis ikke personen klarer å reise seg uten å bruke armene avsluttes denne delen av testen.

Hver dimensjon graderes fra 0-4 med 4 som best funksjon. Skåren legges sammen til en totalskår som varierer fra 0-12 (Bergh et al., 2013). I følge SPPB-manualen er en forbedring på ett poeng i totalskår en klinisk meningsfull endring (Bergh et al., 2013). Freiburger et al. har vurdert SPPB til å være en reliabel og valid test. Den er brukt i store, prospektive studier der den viser å ha en godt dokumentert evne til å predikere funksjonsnivå frem i tid, noe som igjen kan si noe om hjelpebehov og funksjonstap (2012).

EQ-5D-5L ble benyttet for å vurdere helserelatert livskvalitet. EQ-5D-5L er et vurderingsredskap som består av EQ-5D-5L index og en visuell analog skala (VAS) (Euroqol-group, 1990). EQ-5D-5L index er et standardisert mål for generell helsestatus med en femgradert skala, og består av fem områder (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon). Personen skårer på en skala fra 1-5 hvor 1 er best. VAS måler den totale helsen. Personen vurderer på en skala fra 1 til 100 med 100 som best, hvordan helsen er i dag. En psykometrisk testing av EQ-5D-5L konkluderer med god evidens for validitet og reliabilitet (Golicki et al., 2015).

Variabel	N=78
Alder, gjennomsnitt (SD), spredning	54 (19-65)
Kvinne, antall (%)	48 (61.5)
Bor alene, antall (%)	42 (53.8)
Høyere utdanning, antall med høyere utdanning (%)	17 (21.8)
Uføretrygdet/arbeidsavklaring, antall (%)	58 (74.4)
Motivasjon for hverdagsrehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	8.9 (1.39)
Utførelse av daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	3.1 (1.31)
Tilfredshet med daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	2.5 (1.48)
Helsen i dag EQ-5D-5L, skala 1-100, 100 er best, gjennomsnitt (SD)	38.9 (20.34)

Tabell 1: Deltakere ved oppstart.

COPM: Canadian Occupational Performance Measure.

SPPB: Short Physical Performance Battery.

EQ-5D-5L: European Quality of Life Scale. P-verdi: 0.05

INTERVENSJONEN

Representanter fra alle kommunene som skulle utføre hverdagsrehabilitering, fikk et to dagers kurs med opplæring i bruk av COPM. Hensikten var å sikre at alle prosedyrer ble fulgt i henhold til intervensjonen (Langeland et al., 2016, s. 29; Langeland et al., 2015). Alle deltakerne i studien ble intervjuet med COPM ved oppstart for å identifisere utfordringer og lage en plan for hverdagsrehabiliteringen. En deltaker fra hverdagsrehabiliteringsteamet (ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier) utførte COPM-intervjuet i deltakerens hjem (Langeland et al., 2015). Intervjuet startet med spørsmålet: «Hva er de viktigste aktivitetene i livet ditt nå?» Etter kartlegging og målsetting ble det utarbeidet en plan for trening på utfordrende hverdagsaktiviteter som personen ønsket å trene på. Intensiv oppfølging ble gitt med hjemmebesøk og individuell trening. Helsepersonell var til stede under treningen for å motivere og trygge i læring av ferdigheter. Hver enkelt deltaker fikk sitt individuelle treningsprogram som var tilpasset den enkeltes mål. Intervensjonen varierte fra person til person, avhengig av hva de hadde definert som utfordrende aktiviteter som de ønsket å trene på. Intervensjonen var tidsavgrenset med en varighet på tre til ti uker.

STATISTISKE ANALYSER

Kategoriske variabler er presentert med antall og prosent. Kontinuerlige variabler er presentert med sentraltendens og variasjon. Normalfordelte kontinuerlige variabler er presentert med gjennomsnitt og standardavvik (SD), og ikke normalfordelte variabler med median og minimum/maksimum.

Cohen's D er beregnet for å kunne sammenligne

endringene i de ulike utfallsmålene. Utrekning er gjort ved å ta gjennomsnitt av andre måling av den aktuelle variabelen minus gjennomsnitt av første måling delt på standardavviket. En endring på 0.2 vurderes som liten, 0.5 som middels, og 0.8 som stor (Pallant, 2016). Det er ikke gjort styrkeberegning i denne delstudien. Dataene ble analysert ved å benytte dataprogrammet IBMSPSS-Statistical Package for the Social Sciences version 27. Statistisk signifikansnivå var satt til $p < 0.05$.

ETISKE GODKJENNINGER

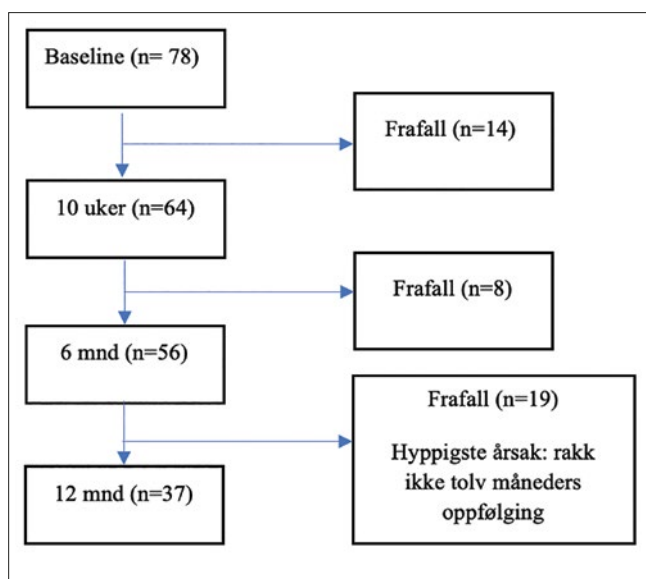
Følgeevalueringen som denne delstudien utgår fra, er registrert i ClinicalTrials.gov (NCT02273934) og er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest Norge (REK 2014/57). Da dataene er anonymiserte er det ikke behov for en endringsmelding. Ved inklusjon i hovedstudien fikk alle deltakerne informasjon om studien og underskrev en erklæring hvor hensikt var beskrevet og informasjon om at de kunne trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn.

Resultat

BESKRIVELSE AV DELTAKERNE

Tabell 1 beskriver de 78 deltakerne i studien. Gjennomsnittsalder i utvalget var 54 år. Til sammen 74.4 prosent ($n = 58$) var uføretrygdet eller på arbeidsavklaringsmidler. Deltagerne rapporterte stor motivasjon for hverdagsrehabilitering før oppstart.

Flytskjema (Figur 1) viser antall deltakere ved vurdering av COPM utførelse på de ulike måletidspunkt i denne studien. Studien hadde et frafall på 47 prosent fra baseline til tolv måneder.



Figur 1 Flytskjema: Antall deltakere ved vurdering av COPM utførelse gjennom studien.

Deltakernes største helseutfordring er vist i Tabell 2. Det var 14,1 prosent (n=11) som oppga svimmelhet/problem med balanse som største helseproblem og 12,8 prosent (n= 10) som oppga brudd som største helseutfordring. De fleste hadde i tillegg to andre helseutfordringer. Kategorien «annet» som utgjør 6,4 prosent (n= 5), inkluderte ulike helseproblemer som ikke passet inn i de andre forhåndsdefinerede kategoriene.

PRIMÆRE UTFALLSMÅL

Endring mellom måletidspunkt oppstart-ti uker, oppstart-seks måneder og oppstart-tolv måneder er vist i Tabell 3, se neste side. Det var signifikante bedringer i utførelse av daglige aktiviteter, vurdert med COPM ved alle måletidspunkt, henholdsvis 2,98, 3,32 og 2,71 poeng ($p < 0,001$ for alle måletidspunkt). Det var stor endring på alle måletidspunkt (Cohen's D = 1,3, 1,3 og 0,9).

Tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter vurdert med COPM viste og signifikant bedring ved alle måletidspunktene (henholdsvis 3,37, 3,87 og 3,47 poeng, $p < 0,001$ på alle måletidspunkt) med stor effektstørrelse (Cohen's D= 1,43, 1,39 og 1,12)

SEKUNDÆRE UTFALLSMÅL

Når det gjelder fysisk funksjon målt med SPPB viser resultatene signifikant bedring ved dimensjonene gange, reise/sette seg og totalskår ved alle måletidspunkt. Endringen er dog liten til middels, med unntak av reise/sette som har en endring på 0,81 ved 12 måneder. Det var signifikant bedring ved ba-

Største helseutfordring, antall (%)	n=78
Svimmelhet/problem med balanse	11 (14.1)
Brudd	10 (12.8)
Hjerneslag	9 (11.5)
Nevrologisk sykdom	7 (9.0)
Leddgikt/artrose	6 (7.7)
Smerte	6 (7.7)
Hjertesykdom	4 (5.1)
Psykisk lidelse	4 (5.1)
Ortopedisk sykdom	4 (5.1)
Kreft	3 (3.8)
Amputasjon	3 (3.8)
Søvnforstyrrelser	1 (1.3)
Luftveissykdommer	1 (1.3)
Fordøyelsesproblemer	1 (1.3)
Ryggsykdom/problemer	1 (1.3)
Annet	5 (6.4)

Tabell 2: Deltakernes største helseutfordring ved oppstart.

lanse ved ti uker, men ikke ved seks og tolv måneder sammenlignet med oppstart (Tabell 3).

Når det gjelder helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser resultatene signifikant bedring for totalskår og dimensjonene gange, vanlige gjøremål og personlig stell ved alle oppfølgingstidspunkt (Tabell 3). For dimensjonen angst/depresjon viser resultatene ingen signifikant bedring etter ti uker, men signifikant bedring ved seks måneder og tolv måneder sammenlignet med ved oppstart. Det er ingen signifikante endringer i smerte/ubehag på noen måletidspunkt.

Diskusjon

Hovedmålet med studien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som deltar i hverdagsrehabilitering bedrer utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet, og om eventuelle positive endringer vedvarer i et tolv måneders perspektiv. Hovedfunnene i denne studien viste positive endringer i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Det var generelt positive endringer i alle utfallsmål bortsett fra egenvurdering av smerte/ubehag. Balanse viste signifikant bedring etter ti uker. I tidligere forskning viste Tuntland sin studie (2015) positiv effekt ved utførelse, men ingen positiv effekt for tilfredshet ved tre måneder. Hovedstudien som denne delstudien utgår fra (Langeland

	N=78	Gjennomsnitt differanse (95% Konfidensintervall (KI))	P-verdi	Endring (Cohen 's D)
Utførelse COPM				
10 uker-oppstart	64	2.98 (2.42, 3.55)	<0.001	1.32
6 mnd.-oppstart	56	3.32 (2.64, 4.00)	<0.001	1.31
12 mnd.-oppstart	37	2.71 (1.74, 3.69)	<0.001	0.93
Tilfredshet COPM				
10 uker-oppstart	64	3.37 (2.78, 3.96)	<0.001	1.43
6 mnd.-oppstart	56	3.87 (3.12, 4.61)	<0.001	1.39
12 mnd.-oppstart	37	3.47 (2.45, 4.50)	<0.001	1.12
Balanse SPPB				
10 uker-oppstart	60	0.40 (0.04, 0.76)	0.02	0.29
6 mnd.-oppstart	51	0.35 (-0.08, 0.79)	0.11	0.22
12 mnd.-oppstart	33	0.09 (-0.38, 0.56)	0.70	0.06
Gange SPPB				
10 uker-oppstart	60	0.58 (0.86, 3.86)	<0.001	0.50
6 mnd.-oppstart	51	0.65 (0.99, 3.76)	<0.001	0.52
12 mnd.-oppstart	33	0.57 (0.15, 1.00)	0.01	0.48
Reise/sette seg SPPB				
10 uker-oppstart	60	0.78 (0.48, 1.06)	<0.001	0.70
6 mnd.-oppstart	51	0.90 (0.55, 1.24)	<0.001	0.72
12 mnd.-oppstart	33	1.00 (0.56, 1.43)	<0.001	0.81
Totalskår SPPB				
10 uker-oppstart	60	1.76 (1.06, 2.47)	<0.001	0.65
6 mnd.-oppstart	51	1.90 (1.04, 2.76)	<0.001	0.62
12 mnd.-oppstart	33	1.67 (0.69, 2.64)	0.001	0.60
Gange EQ-5D-5L				
10 uker-oppstart	64	-0.61 (-0.90, -0.31)	<0.001	0.51
6 mnd.-oppstart	56	-0.57 (-0.87, -0.27)	<0.001	0.51
12 mnd.-oppstart	37	-0.56 (-0.95, -0.18)	0.005	0.49
Personlig stell EQ-5D-5L				
10 uker-oppstart	64	-0.59 (-0.83, -0.35)	<0.001	0.60
6 mnd.-oppstart	56	-0.46 (-0.78, -0.15)	0.005	0.39
12 mnd.-oppstart	37	-0.07 (-0.89, -0.25)	0.001	0.59
Vanlige gjøremål EQ-5D-5L				
10 uker -oppstart	64	-0.08 (-1.06, -0.53)	<0.001	0.74
6 mnd.-oppstart	55	-0.69 (-0.99, -0.38)	<0.001	0.67
12 mnd.-oppstart	37	-0.70 (-1.07, -0.34)	<0.001	0.63
Smerte/ubehag EQ-5D-5L				
10 uker-oppstart	64	-0.20 (-0.46, 0.06)	0.12	0.19
6 mnd.-oppstart	55	-0.15 (-0.45, 0.15)	0.34	0.16
12 mnd.-oppstart	36	-0.17 (-0.52, 0.19)	0.35	0.16
Angst/depresjon EQ-5D-5L				
10 uker-oppstart	62	-0.19 (-0.42, 0.04)	0.103	0.20
6 mnd.-oppstart	55	-0.34 (-0.56, -0.12)	0.002	0.43
12 mnd.-oppstart	37	-0.54 (-0.80, -0.27)	<0.001	0.67
Helsen i dag EQ-5D-5L				
10 uker-oppstart	62	13.20 (8.26, 18.14)	<0.001	0.67
6 mnd.-oppstart	53	13.81 (7.79, 19.82)	<0.001	0.63
12 mnd.-oppstart	36	14.40 (6.25, 22.55)	0.001	0.58

Tabell 3: Endring i selvpålevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet ved trening med hverdagsrehabilitering hos aldersgruppen 18-65 år.

COPM: Canadian Occupational Performance Measure. Utførelse og tilfredshet, skala 1-10, 10 er best.

SPPB: Short Physical Performance Battery. Balanse, gange og reise/sette seg: skala 1-4, 4 er best.

Totalskår 1-12, 12 er høyest.

EQ-5D-5L: European Quality of Life Scale. Gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon: skala 1-5, 1 er best. Helsen i dag: skala 1-100, 100 er høyest.

Cohen 's D: gjennomsnitt andre måling-gjennomsnitt første måling/standardavviket, D = 0.2 liten, D = 0.5 medium, D = 0.8 stor. Statistisk test: Parret t-test. P=0.05

et al., 2019) viste effekt etter ti uker, men effekten vedvarer ikke like godt etter tolv måneder. Det skal tilføyes at de to sistnevnte studiene har analysert forskjeller mellom to grupper. Så langt vi vet, er det ikke utført studier som utforsker endring i hverdagsrehabilitering for personer i alderen 18-65 år.

Selv om deltakerne viste statistisk signifikant bedring i aktivitetsutførelse ved alle måletidspunkt, var det kun ved seks måneder denne endringskåren var klinisk relevant (>3.0 poeng) (Tuntland et al. (2016). Når det gjelder vurdering av tilfredshet med daglige aktiviteter, var endringen signifikant ved alle måletidspunkt. Endringsskåren var over 3.2 poeng ved alle måletidspunkt og er dermed også klinisk relevant (Tuntland et al., 2016). I tillegg var det stor effektstørrelse ved alle måletidspunkt både for aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. I to klinisk kontrollerte studier som har undersøkt effekt av hverdagsrehabilitering varierer resultatene ved vurdering av tilfredshet. I en studie fra Voss kommune var det ingen statistisk signifikant endring i skår ved sammenlikning av grupper ved seks måneder (Tuntland et al., 2015), mens det i studien av Langeland et al. ikke var statistisk signifikant endring i skår ved tolv måneder ved sammenlikning av grupper (2019). I begge disse studiene var flertallet av deltagerne over 65 år. Våre funn av klinisk relevant bedring i tilfredshet i aktivitetsutførelse ved alle måletidspunkt, kan indikere at personer i alderen 18-65 år har nytte av hverdagsrehabilitering, men vi kan ikke utelukke at endringene i vår studie også kan skyldes andre årsaker enn hverdagsrehabilitering. Eksempelvis vil aldersgruppen 18-65 år i større grad ha en spontan bedring som følge av kroppens selvhelbredende prosesser etter skade/funksjonsfall. Fremtidige studier bør evaluere og sammenligne nytten av hverdagsrehabilitering for ulike aldersgrupper.

Når det gjelder bedring av fysisk funksjon målt med SPPB, viste resultatene at deltakerne har en gjennomsnittlig bedring i totalskår etter tolv måneder på 1.67 poeng, som er godt over grensen for å være en klinisk meningsfull endring i henhold til SPPB manualen (Bergh et al., 2013). Studien vår viste at personer i aldersgruppen 18-65 år bedrer fysisk funksjon, og at de opprettholder sin fysiske funksjon etter ett år. Det er ikke funnet andre studier som har undersøkt resultater av hverdagsrehabilitering i aldersgruppen 18-65 år når det gjelder bedring av fysisk funksjon, men funn i en studie med eldre deltagerne viste en positiv bedring i fysisk funksjon

målt med SPPB (Parsons et al., 2013). I sin scoping review viste Mjøsund et al. til bedre fysisk funksjon hos deltagerne i hverdagsrehabilitering (2020).

Hele 74.4 prosent av deltakerne i studien var utføre eller på arbeidsavklaringsmidler. Å komme inn tidlig med tiltak kan bidra til å utsette eller redusere hjelpebehovet hos personer i yrkesaktiv alder. Funnene i denne studien indikerer at hverdagsrehabilitering bør være et tilbud hvor man i større grad kan vektlegge aldersgruppen 18-65 år. Regjeringen fremhever hverdagsrehabilitering som et eksempel på at tidlig innsats gir økt mestring og livskvalitet (St.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013), og ønsker mer rehabilitering på kommunenivå (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Siden hverdagsrehabilitering allerede er innført i mange kommuner, vil det sannsynligvis ikke medføre store ekstrakostnader å ha en større andel av yrkesaktive deltagere i hverdagsrehabiliteringsprogrammet. Aldersgruppen 18-65 år ser og ut til å opprettholde bedringen over tid i større grad enn eldre personer, noe som er positivt både for personen og samfunnsøkonomisk for kommunen.

Denne studien har både styrker og svakheter. En styrke med tanke på representativitet er et utvalg med deltakere fra 23 kommuner over hele landet. Videre er det brukt ulike vurderingsredskap, (COPM, SPPB og EQ-5D-5L), noe som bidrar til å fange opp bredden av viktige utfall i hverdagsrehabilitering. COPM som vurderingsredskap bidrar til å få frem personens ønsker og mål. SPPB er en robust observatørbasert test som undersøker fysisk funksjon. EQ-5D-5L, hvor personen selv vurderer sin helse-relaterte livskvalitet, fanger opp hvordan personen opplever sin hverdag og kvaliteten på den. Måle-redskapene er vitenskapelig utprøvd og vurdert i forhold til reliabilitet, validitet og responsivitet. De kan brukes med alle aldersgrupper og diagnoser.

Denne studiens begrensninger er først og fremst at den er en oppfølgingsstudie uten kontrollgruppe. Vi kan derfor ikke vite om endringen skyldes intervensjonen eller andre faktorer. Deltakerne skåret høy grad av motivasjon ved oppstart av hverdagsrehabilitering. Det er ikke undersøkt motivasjonsforskjeller mellom den eldre og den yngre aldersgruppen. Vi vet derfor ikke om det var stor forskjell i gruppe- ne ved motivasjon før oppstart. Videre inkluderer hverdagsrehabilitering en personsentrert tilnærming (Metzelthin et al., 2020), hvor deltakerne selv blir utfordret på funksjoner som er viktigst for dem. Både motivasjon og høy grad av deltagelse kan knyttes til

meningskaping (Antonovsky, 2012). Dette vet vi på generelt grunnlag er viktig for å skape endring (Braaten, 1999; Langeland, 2018). Det er derfor sannsynlig at disse faktorene har medvirket til den positive endringen. I tillegg har kanskje personer mellom 18-65 år generelt et større rehabiliteringspotensial enn eldre.

En betydelig andel av deltakere var uføre eller fikk arbeidsavklaringspenger. En svakhet ved studien er at det er uvisst hvor representativt utvalget er for hjemmeboende voksne med rehabiliteringsbehov/hjelpebehov. En annen svakhet er det relativt lave antallet deltakere i denne delstudien. Utvalget var så lavt som 33 deltakere ved tolv måneders oppfølging for noen av utfallsmålene. Dette kan tilskrives et stort frafall ved tolv måneders oppfølging. I denne studien har vi ikke kartlagt grunn til frafall ved de ulike måletidspunktene. Fra baseline til tolv måneder var det et frafall på 47 prosent. I hovedstudien nevnes hyppigste grunn til frafall at deltakernes helsetilstand var dårlig, at de ikke lenger orket, at de døde eller at de fikk midlertidig eller permanent institusjonsplass (Langeland et al., 2016). Vi vet ikke hvordan disse frafallsgrunnene ved aldersgruppen 18-65 år kan ha påvirket resultatet i denne studien. Årsakssammenheng bør undersøkes grundigere.

Det er behov for forskning som studerer hverdagsrehabiliterings effekt i aldersgruppen 18-65 år ved bruk av randomiserte, kontrollerte studier.

Konklusjon

Deltakerne i denne hverdagsrehabiliteringsstudien var i alderen 18-65 år og hadde ulike helseutfordringer. Våre funn viste at denne aldersgruppen har større bedring når det gjelder aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse enn personer over 65 år. Hverdagsrehabilitering kan være gunstig også for personer i yrkesaktiv alder. Ettersom vår studie ikke er en kontrollert studie, er det knyttet usikkerhet om endringen i vårt utvalg skyldes hverdagsrehabilitering eller andre forhold.

Med en økende andel av personer i yrkesaktiv alder som mottar omsorgstjenester, er en klinisk implikasjon av denne studien at hverdagsrehabilitering til denne gruppen kan bidra til å redusere eller utsette omsorgstjenester til personer under 65 år. Resultatene kan indikere at denne aldersgruppen profiterer på hverdagsrehabilitering, men studien er utført uten kontrollgruppe og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Referanser

- Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, B. H., Taraldsen, K., & Thingstad, P. (2013). Short Physical Performance Battery (SPPB). Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/contentassets/870420284b7d4cb98100191ff93e7983/sppb.pdf>.
- Braaten, L. J. (1999). To what extent do clients discriminate among the group leader's basic therapeutic attitudes? *A person-centered contribution. The Person-Centered Journal*, 6(1), 32-45.
- Buma, L., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G., & Metzeltin, S. (2022). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(2). doi:DOI: 10.1007/s10433-022-000693-3.
- Burton, E., Lewin, G., Clemson, L., & Boldy, D. (2013). Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1591-1601. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854921/>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. doi:10.1177/000841740407100406.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M., & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Cd010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub2.
- Doh, D., Smith, R., & Gevers, P. (2019). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1-13. doi:10.1017/s0144686x18001770.
- Enemark Larsen, A., Wehberg, S., & Christensen, J. R. (2020). Looking into the Content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM): A Danish Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-11. doi:10.1155/2020/9573950.
- Euroqol-group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9.
- Freiberger, E., de Vreede, P., Schoene, D., Rydwick, E., Mueller, V., Frändin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age and Ageing*, 41(6), 712-721. doi:10.1093/ageing/afs099.
- Gimeno, H., Tustin, K., Lumsden, D., Ashkan, K., Selway, R., & Lin, J.-P. (2014). Evaluation of functional goal outcomes using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) following Deep Brain Stimulation (DBS) in childhood dystonia. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(3), 308-316. doi:10.1016/j.ejpn.2013.12.010.
- Golicki, D., Niewada, M., Buczek, J., Karlińska, A., Kobayashi, A., Janssen, B., & Pickard, S. (2015). Validity of EQ-5D-

- 5L in stroke. *Quality of Life Research*, 24(4), 845-850. doi:10.1007/s11136-014-0834-1.
- Hartviksen, T., & Sjøli, B. (2017). *Hverdagsrehabilitering Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester m.m.(helse- og omsorgstjenesteloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forforståelse i sykepleie. In Å. Gammersvik & T. Larsen (Eds.), *Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis* (side. 157-178): Fagbokforlaget.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner*. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1). doi:10.1186/s12877-019-1038-x.
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B., Jacobsen, F. F., & Kjekken, I. (2015). Erratum to: study protocol for a multicenter investigation of reablement in Norway. *BMC Geriatrics*, 15(1), 120. doi:10.1186/s12877-015-0115-z.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version)* (5 ed.). Oslo: NKRR National advisory unit on rehabilitation in rheumatology.
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 69-78. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x.
- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2010). A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *Health and Social Care in the Community*, 18(1), 91-99. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x.
- McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and Community Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30. doi:10.1177/000841740006700105.
- Metzelthin, S., Rostgaard, T., Parsons, M., & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 1-16. doi:10.1017/S0144686X20000999.
- Mjøsund, H. L., Moe, C. F., Burton, E., & Uhrenfeldt, L. (2020). Integration of Physical Activity in Reablement for Community Dwelling Older Adults: A Systematic Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1291-1315. doi:10.2147/JMDH.S270247.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival manual a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6 ed.). England: Mc Graw Hill.
- Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E., Sheridan, N., & Connolly, M. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age and Ageing*, 41(1), 24-29. doi:10.1093/ageing/afr118.
- Parsons, J., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1015-1022. doi:10.1016/j.apmr.2013.02.003.
- Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2017). Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(5), 273-285. doi:10.1177/0308022617691537.
- Rooijackers, T. H., Kempen, G. I. J. M., Zijlstra, G. A. R., Rossum, E., Koster, A., Lima Passos, V., & Metzelthin, S. F. (2021). Effectiveness of a reablement training program for homecare staff on older adults' sedentary behavior: A cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 69(9), 2566. doi:10.1111/jgs.17286.
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L., & Ashe, M. C. (2017). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 653-663. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.070.
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld.nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Statistisk sentralbyrå. (2021). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>.
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C. A., & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy*, 11(4), 49-59.
- Tinetti, M. E., L. Baker, D., Gottschalk, M., Williams, C. S., Pollock, D., Garrett, P., . . . Acampora, D. (1999). Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(8), 916-922. doi:10.1016/S0003-9993(99)90083-7.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 145-145. doi:10.1186/s12877-015-0142-9.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., & Kjekken, I. (2016). Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 411-423.
- Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F., & Drummond, A. E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1064-1076. doi:10.1177/0269215514564894.