



Masteroppgave

Masterstudium i ergoterapi

Mai 2021

Hverdagsrehabilitering til voksne

En kvantitativ studie

Kandidatnavn: Ingjerd Olimb Andersson

Kandidatnummer: 103

Emnekode: MAERGD 5900

Antall studiepoeng: 120

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Etter mange år som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten kjente jeg på et økende behov for nye utfordringer. Ønske om å ta en master ble et prosjekt hvor jeg kunne utfordre meg selv både på kunnskapstilegning og studiedisiplin. Gjennom masterstudiet har jeg lært mer om hvordan man kan tilegne seg kunnskap på et område og ikke minst kunne formidle dette skriftlig. Skriveprosessen har til tider vært utfordrende, men sett under ett, har prosessen lært og gitt meg mye.

Under studieperioden har jeg vært med på å implementere hverdagsrehabilitering i kommunen jeg arbeider i. Kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom studiet, har jeg kunnet vurdere opp mot egen praksis. Dette har vært nyttig lærdom både for studien og for praksis. Jeg vil ta med meg erfaringer og lærdom fra dette masterstudiet videre som ergoterapeut i kommunen.

Jeg vil rette en stor takk til min leder Kristin Wik i Enebakk kommune for god tilrettelegging på arbeidsplassen slik at masterstudiet kunne gjennomføres ved siden av arbeid. Takk og til gode kolleger som har vært rause med oppmuntring hele veien.

Videre vil jeg takke min veileder Hanne Tuntland for god oppfølging gjennom hele prosessen. Takk for gode diskusjoner og verdifulle konkrete tilbakemeldinger. Jeg vil og takke de ansvarlige for masterutdanningen i ergoterapi. Undervisning og tilbakemelding på oppgaven fra dere, har gitt meg troen på at dette prosjektet skal komme i mål.

Til slutt vil jeg takke mannen min Rune, som har heiet på meg gjennom disse årene og bidratt med kaffe og sjokolade på tunge studiekvelder.

Enebakk, mai 2021

Ingjerd

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	5
Abstract	6
1.0 Innledning.....	7
1.1 Hverdagsrehabilitering.....	7
1.2 Offentlige føringer og hverdagsrehabilitering.....	9
1.3 Ergoterapi og hverdagsrehabilitering	9
1.4 Hverdagsrehabilitering rettet mot personer i yrkesaktiv alder	10
1.5 Studiens forskningsspørsmål.....	11
2.0 Bakgrunn og kunnskapsstatus.....	13
2.1 Rehabilitering	13
2.2 Rehabilitering i yrkesaktiv alder	13
2.3 Hverdagsrehabilitering i rehabiliteringssammenheng.....	14
2.4 Brukermedvirkning.....	15
2.5 Teoretisk forankring.....	16
2.5.1 Aktivitetsvitenskap.....	16
2.5.2 The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).....	18
2.6 Kunnskapsstatus	20
2.6.1 Tidligere forskning.....	20
2.6.2. Funn i den kliniske kontrollerte studien	20
3.0 Metode	22
3.1 Forskningsdesign.....	22
3.2 Informanter.....	22
3.3 Datainnsamling	23
3.4 Måleinstrumenter	23
3.4.1. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	23
3.4.2 Short Physical Performance Battery (SPPB).....	24
3.4.3 European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L)	25
3.5 Analyse.....	25
3.6 Personvern og etiske betraktninger.....	26
4.0 Resultater.....	28
4.1 Presentasjon av hele utvalget.....	28
4.1.1 Sammenlikning av hverdagsrehabilitering i kontroll- og intervensjonsgruppe.....	29
4.2. Resultat av funn basert på forskningsspørsmålet.....	30
4.2.1. Primære utfall	31
4.2.2. Sekundære utfall	32
5.0 Diskusjon	34

5.1 Resultatdiskusjon	34
5.1.1 Hovedfunn	34
5.1.2 Funn sett i lys av teoriene aktivitetsvitenskap og CMOP-E	34
5.1.3 Diskusjon av funnene sett opp mot funnene i hovedstudien	36
5.1.4 Implikasjon for praksis	37
5.2 Metodediskusjon	38
5.2.1. Representativitet og validitet	38
5.2.2 Vurdering av måleredskaper	39
5.2.3 Vurdering av analysemateriale	40
6.0 Konklusjon	41
Referanser	42
Artikkel	46
Vedlegg 1: Mal for vitenskapelig artikkel	73
Vedlegg 2: Sammenlikning av grupper	74
Vedlegg 3: Forskjell mellom grupper	75

Sammendrag

Bakgrunn: Hverdagsrehabilitering er innført i mange kommuner. Hovedfokuset har til nå vært rettet mot eldre. Det er lite forskning på hvordan personer i yrkesaktiv alder profiterer på å få hverdagsrehabilitering.

Formål: Målet med masterstudien er å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering, bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv.

Metode: Studien inkluderte 78 personer i alderen 18-65 år som fikk hverdagsrehabilitering. Det ble undersøkt endring i gruppen fra oppstart til ti uker, oppstart til seks måneder og oppstart til tolv måneder. Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ble brukt til å vurdere primære utfall som var aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Short Physical Performance Battery (SPPB) og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) ble brukt til å måle sekundære utfall som fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Beregning av endring over tid ble utført med parrede t-tester.

Resultat: Ved vurdering av utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, skårer gruppen signifikant bedre fra oppstart til ti uker ($p = <0.001$). Det er også signifikant bedring etter tolv måneder ($p = <0.001$). Fysisk funksjon, viser ved gange, reise/sette seg, ganghastighet og totalskår signifikant bedring ved alle måletidspunkt. Vurdering av helserelatert livskvalitet i dimensjonene gange, personlig stell, vanlige gjøremål og helsen i dag (VAS), viser også signifikant bedring ved alle måletidspunkt.

Konklusjon: Personer i yrkesaktiv alder responderer positivt på intervensjonen hverdagsrehabilitering. Gruppen viser signifikant bedring etter ti uker. Bedringen opprettholdes etter tolv måneder.

Nøkkelord: Hverdagsrehabilitering, voksne, COPM, ADL, fysisk funksjon

Abstract

Background: There is a lack of research on evidence of effectiveness on adults who receive reablement.

Aim: To examine whether reablement promote positive changes in performance of daily activities and satisfaction with them, physical function, and health-related quality of life in people aged age 18-65 years.

Methods: The study consisted of 78 people aged 18-65 year who received reablement. Changes in the group were investigated at baseline-ten weeks, baseline-six month and baseline-twelve month with paired t-tests. Primary outcomes were activity performance and satisfaction with performance measured by the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Secondary outcome were physical function measured by Short Physical Performance Battery (SPPB) and health-related quality measured by European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L).

Results: Significant improvements in activity performance and satisfaction with performance at ten weeks ($p < 0.001$), and significant improvements after twelve months ($p < 0.001$). Significant improvements in the SPPB-subscale for walking, sit-to-stand, walkingspeed and total-score at ten weeks, six months, and twelve months. In EQ-5D-5L significant improvements were found in the subscale mobility, personal care, usual activities and health-related quality at ten weeks, six months, and twelve months.

Conclusion: The group reported significant improvements in daily activities, physical function, and health-related quality of life after receiving reablement at ten weeks follow up. The results are also significant after twelve months.

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

1.0 Innledning

Utgangspunktet for denne masterstudien er en stor klinisk studie som blant annet har undersøkt effekt av hverdagsrehabilitering hos eldre. Personer i yrkesaktiv alder har til nå i liten grad vært inkludert i hverdagsrehabilitering. Med et økende helsebehov hos personer i yrkesaktiv alder er det interessant å se om denne gruppen profiterer på hverdagsrehabilitering. Innen hverdagsrehabilitering brukes hverdagsaktiviteter som metode i trening. Aktivitet som metode er også sentralt innen ergoterapi. Ergoterapeuter er med i mange etablerte hverdagsrehabiliteringsteam og bidrar med sin spesialkompetanse på området.

Masterstudiens oppbygging er skrevet som artikkel med kappe. I kappen presenteres utfyllende informasjon om hele studien. Til sist i kappen presenteres artikkelen etter krav fra tidsskriftet *Ergoterapeuten*, hvor artikkelen er tenkt publisert (vedlegg 1).

1.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er nå innført i mange vestlige land. Det ser ut som om hverdagsrehabilitering har oppstått uavhengig av hverandre i Storbritannia, (og etter hvert USA, Australia og New Zealand) og Sverige (og etter hvert Danmark og Norge). Antakelig skyldes dette samfunnsøkonomiske og demografiske utfordringer som har resultert i nytenkning i hjemmetjenester som kan gi samfunnsøkonomisk gevinst. Hverdagsrehabilitering kalles i Storbritannia *reablement*, i Australia *active service model*, og i New Zealand og USA *restorative home support* (Tuntland & Ness, 2014). Det er ulike syn på hvordan hverdagsrehabilitering defineres og hva som vektlegges. Innhold i hverdagsrehabilitering varierer fra land til land. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne. Det er variasjon i hvilke måleinstrumenter som benyttes og hva som måles. I en litteraturstudie hvor man så på definisjon av innhold og praksis i hverdagsrehabilitering hos eldre, ble funksjon definert som den viktigste. (Doh, Smith, & Gevers, 2019). Vanligste intervensjonstid lå på seks til tolv uker. Hverdagsrehabiliteringens intervensjonsområde var hjem eller nærmiljø Andre likhetstrekk i innhold i hverdagsrehabilitering var å kunne bli så selvhjulpne som mulig, tidsavgrenset treningsperiode, fokus på å sette personlige mål og å redusere eller utsette behovet for tjenester. (Doh et al., 2019). Basert på denne studien er hovedhensikten med hverdagsrehabilitering å forbedre personens mobilitet og aktivitet for dermed å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig.

Ulik definisjon av hverdagsrehabilitering gjør sammenlikning og evaluering av forskning vanskelig. Studien over viser en felles dreining mot hverdagsrehabilitering som en metode for å kunne gå inn tidlig med trening for å opprettholde funksjon og utsette annet hjelpebehov. En felles definisjon og forståelse av hverdagsrehabilitering gir forskning og utvikling mer robust evidens. Derfor ble det i 2018/19 gjort en Delphistudie hvor 82 personer vurderte innhold og forståelse av begreper med mål om å komme frem til en felles definisjon av hverdagsrehabilitering. Informantene hadde publisert en eller flere artikler om hverdagsrehabilitering og måtte være medlemmer av ReAble nettverket som er en internasjonal tenketank (<https://reable.auckland.ac.nz/>), eller godkjent av ReAble som er eksperter på feltet (Metzelthin, Rostgaard, Parsons, & Burton, 2020). Gjennom fire runder ble ord og innhold grundig diskutert og vurdert. Etter fjerde runde konkluderte deltakerne med endelig definisjon:

Reablement is a personcentred, 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 et al., 2020, p. 11)

Hverdagsrehabilitering i norsk sammenheng kjennetegnes som en tidsavgrenset, intensiv, personsentrert og målrettet rehabilitering til voksne hjemmeboende som står i fare for eller har hatt et funksjonstap. Hverdagsrehabilitering har mye til felles med annen rehabilitering, men det spesielle er at treningen skjer i hjemmet eller i nærmiljøet og at personen selv er med på å sette mål og tiltak for treningen. Treningen gis av ansatte eller team i kommunehelsetjenesten. Det kan være ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleiere og andre ansatte i et hverdagsrehabiliteringsteam som sammen med personen kartlegger og setter mål. Intervensjonen må fokusere på å fremme optimal selvhjulpenhet. Sentralt i hverdagsrehabilitering er spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bukes ofte som kartleggingsverktøy (Cochrane et

al., 2016; Tuntland & Ness, 2014). Gjennom COPM kartlegger personen hverdagsaktiviteter som har stor betydning i dagliglivet. Hverdagsmestring er et grunnleggende tankesett som styrer hverdagsrehabilitering. Hverdagsmestring legger vekt på den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Fagarbeidere rundt må ha en grunnleggende holdningsendring, og gå fra å stille spørsmål som: Hva kan jeg hjelpe deg med? til Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? (Hartviksen & Sjøli, 2017).

1.2 Offentlige føringer og hverdagsrehabilitering

Kommunene har ansvar for og plikt til å forebyggende, planlegge, utføre og evaluere helsetjenestene i kommunen. Tjenester skal tilpasses den enkeltes behov og ressurser. Da Samhandlingsreformen ble innført i 2012 hadde den økt oppmerksomhet på helhetlig pasientforløp med flere oppgaver og nye roller til kommunene som innebar mer satsning på helsefremming og rehabilitering (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2009).

Regjeringen ønsker en faglig endring på rehabiliteringstjenesten i kommunen med mer fokus på forebygging og tidlig innsats. I st.meld. 29, Morgendagens Omsorg, fremheves hverdagsrehabilitering. Rehabilitering skal ha et livsløpsperspektiv hvor personen skal opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig utfra mestring gjennom egne ønsker og mål. Regjeringen fremhever hverdagsrehabilitering som et eksempel på at tidlig innsats, hvor personen får være med å påvirke sin rehabilitering, gir økt mestring og livskvalitet (St.meld.29 (2012-2013), 2013). I demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) er hverdagsrehabilitering nevnt som godt tiltak for hjemmeboende demente. Yngre med begynnende demens kan ha god nytte av trening for å opprettholde betydningsfulle aktiviteter.

1.3 Ergoterapi og hverdagsrehabilitering

Tverrfaglig samarbeid med felles mål hvor personen er med i målsetting og evaluering, er viktige faktorer for å få til en god rehabiliteringsprosess. Ergoterapeuter i kommunene arbeider med forebygging og rehabilitering og har kompetanse på tilrettelegging og universell utforming av hjem og nærmiljø. Med det økende fokuset på tjenestetiltak i kommunene har myndighetene sett at faggruppen er nødvendig å ha i alle kommuner. Ergoterapi ble lovpålagt fra 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette gir ergoterapeuter en mulighet til å være med i utviklingen av nye tiltak og tjenester i kommunen. Ergoterapeuter er i mange kommuner en viktig brikke i et hverdagsrehabiliteringsteam. Ergoterapeuter har et holistisk syn på mennesket

og ser både person og omgivelser som en helhet for gode tiltak (Townsend & Polatajko, 2013). Særegent med ergoterapifaget er fokuset på aktivitet og hvordan aktivitet bevisst brukes i trening (Fisher & Marterella, 2019, p. 19). En ergoterapeutisk tilnærming har fokuset på aktivitet med en «topp til bunn tilnærming» (Fisher & Marterella, 2019, p. 42). Det vil si at ergoterapeuten prøver å få et innblikk i hvem personen er, hva som har betydning for personens aktivitetsutfordringer sett i personens perspektiv og omgivelsene rundt. Ergoterapeuten tar ikke utgangspunkt i begrenset kroppsfunksjon og tenker trening ut fra det. I hverdagsrehabilitering av voksne er denne tankemåten vesentlig for å forstå personens valg og prioritering av hverdagsaktiviteter.

Ergoterapeuter bruker aktivitet som metode i kartlegging/vurdering og trening. Fisher og Marterella beskriver i boken «Powerful practice» hvor de utdyper modellen Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM), fire områder som ergoterapeuter bør være oppmerksomme på i kartlegging og behandling; En ergoterapeutisk behandling kjennetegnes ved at det er personen som vurderer og setter mål for aktiviteten. Treningssituasjonen bør forgå så nær den virkelige situasjonen som mulig. Treningen bør skje der aktivitetene naturlig skal utføres. Personen selv evaluerer aktivitet og trening og eventuelt setter nye mål (Fisher & Marterella, 2019, p. 87). Med et bevisst fokus på de fire kontinuumene som så langt det er mulig skal være personsentrert og ikke terapeutsentrert, kan ergoterapeuten implementere presise intervensjoner i behandlingen. Eksempel kan være hvis en person ønsker å bli tryggere på å kjøre bil til arbeid, bør treningen skje praktisk i personens bil og ikke med for eksempel skrivebords øvelser som omhandler trafikksituasjoner. Hverdagsrehabilitering samsvarer godt med modellen til Fisher og Marterella. Fokuset er hele tiden rettet mot betydningsfulle aktiviteter som personen velger og trening utføres så langt det lar seg gjøre der aktiviteten naturlig skal utføres.

1.4 Hverdagsrehabilitering rettet mot personer i yrkesaktiv alder

De siste tiårene har behovet for omsorgstjenester til brukere under 67 år økt, og disse utgjør nå nesten 40 prosent av de som mottar omsorgstjenester. Å komme inn tidlig med kartlegging av rehabiliteringspotensial og dermed kunne starte opp raskt med intensiv trening, gir økt mestring. Det kan forebygge og utsette ytterligere funksjonsfall og redusere hjelpebehovet (St.meld.29 (2012-2013), 2013). Hverdagsrehabilitering til personer under 67 år, kan potensielt bidra til å bremse utviklingen med økende antall uføre personer i denne aldersgruppen, men på dette området mangler det evidens.

Selv om hverdagsrehabilitering i hovedsak har vært rettet mot eldre, vil utfordringene være de samme for yngre aldersgrupper. Erfaringer og utfordringer med å mestre hverdagen oppstår i sammenheng med funksjonstap uavhengig av alder. Kronisk syke og muskel- og skjelettplager er gode eksempler på diagnoser hvor yngre personer kan ha god nytte av hverdagsrehabilitering. I Århus kommune ble det i 2010-2012 gjort en studie på hverdagsrehabilitering. Studien viste at 20 % av de som har mottatt hverdagsrehabilitering var i yrkesaktiv alder. Kommunen har delt inn i kategoriene plutselig funksjonsfall, kronisk lidelse og periodisk rusmisbruk eller psykiske problemer. Resultatene viser at 85% var fornøyd med utføring av betydningsfulle aktiviteter etter endt hverdagsrehabilitering og 37 % var selvhjulpne etter endt intervensjon. Data fra sluttevalueringen viser en forskjell i alder på hva deltakerne vektlegger som viktig. Den eldre befolkningen mente det var viktig at de ansatte er hyggelige mens deltakere med hjemmeboende barn eller som var i utdanning eller i jobb, mente det var viktigst at ansatte var profesjonelle og at hverdagsrehabiliteringen fungerte smidig og man kunne finne en god rehabiliteringsvei når man ble rammet i livet på en eller annen måte (Tonnesen, Sørensen, & Nygaard Henriksen, 2012). Studien viser altså at det er en forskjell i deltakernes forventning til de ansatte. Personer i yrkesaktiv alder har gjerne en travlere hverdag med familie, arbeid og hverdagen kan bestå av mange aktiviteter som skal gjøres i løpet av en dag. Rehabilitering i denne livsfasen kan være utfordrende. Siden hverdagsrehabilitering gis i hjem og nærmiljø og skreddersys til den enkelte, kan nettopp hverdagsrehabilitering være ideell for en travel småbarnsfamilie eller en som er i arbeid.

1.5 Studiens forskningsspørsmål

Hovedmålet med studien er å undersøke om hverdagsrehabilitering bedrer utbytte i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos voksne personer i aldersgruppen 18-65 år.

Studiens forskningsspørsmål:

- Er det en bedring i selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet fra oppstart til endt intervensjon etter ti uker for personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering?
- Vil eventuell bedring i selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet vedvare etter seks måneder og tolv måneder for personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering?

Hypotese til forskningsspørsmålet

- Det forventes en bedring i selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet etter intervensjon med hverdagsrehabilitering hos personer i alderen 18-65 år.

Bakgrunn for hypotesen er resultater i en klinisk kontrollert studie som denne masterstudien henter data fra. Den kliniske studien viser at hverdagsrehabilitering gir effekt på aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet etter endt behandling (Langeland et al., 2019).

2.0 Bakgrunn og kunnskapsstatus

2.1 Rehabilitering

Rehabilitering er en lovpålagt tjeneste i norske kommuner (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Det finnes mange definisjoner av rehabilitering, fra de mest avgrensede som bare inkluderer fysisk og mental opptrening, til definisjoner som favner bredt og beskriver et større samarbeid for å oppnå en god rehabilitering. Likt for all rehabilitering er at det handler om å håndtere en persons funksjonsnedsettelse og omgivelsene rundt som berører personens hverdag (Solvang, 2019). Rehabilitering defineres i Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

International Classification of Functioning (ICF), utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) (World Health Organization, 2001), har hatt stor innflytelse på rehabiliteringsfeltet. Hensikten med ICF er å ha et felles «språk» som beskriver menneskets funksjon, funksjonsnedsettelse og helse, og som kan supplere sykdomsklassifikasjoner som allerede finnes (Østensjø & Søberg, 2012, p. 301). ICF inkluderer sosial deltakelse og et universelt perspektiv på funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelse kan ikke avgrenses til en gruppe. Dette er noe som kan ramme alle i løpet av et liv. Funksjon og funksjonsnedsettelse påvirkes av samspillet mellom mennesket, samfunn og miljø. Faktorene påvirker hverandre og har betydning for hvordan rehabilitering utøves. Med ICF fikk rehabilitering en større dimensjon hvor betydningen av omgivelser og miljø blir tatt med i rehabiliteringsprosessen.

2.2 Rehabilitering i yrkesaktiv alder

Antall uføretrygdede i Norge øker. Ved utgangen av 2019 var 364.005 registrert som uføre. Dette utgjør 10,5 % av befolkningen. Andelen var 9,7 % for fem år siden (Statistisk sentralbyrå, 2020). Tilbakeføring til arbeid er et viktig element i en rehabiliteringsprosess. Arbeid er i følge Solvang fortsatt nøkkelen til god økonomi, sosial anerkjennelse og et meningsfullt liv (Solvang, 2019, p. 124). Rehabilitering som styrker fysisk og psykisk helse, øker muligheten til å klare å gå ut i arbeid eller å stå i arbeid. Arbeidsrollen har en viktig betydning i rehabilitering i voksenlivet. NAV sin oppgave er å gi mennesker mulighet til å kunne stå i arbeid eller kunne komme ut i arbeid. Uføretrygd står som siste utvei i en rehabilitering i voksenlivet. Arbeid gir

for de fleste struktur i hverdagen og økonomisk trygghet. Arbeid i rehabiliteringen har trygd i horisonten både som alternativ og som hjelpemiddel i form av tilskuddsordninger (Solvang, 2019).

Når mål og plan for rehabiliteringen settes, er det viktig å tenke rehabilitering på alle arenaer i livet som arbeid, fritid og familieliv. Priestley påpeker at det er to ting som er viktige i voksenlivet for personer med funksjonstap, arbeid og egen familie (2001, p. 116). Daglige aktiviteter i hjemmet og familieliv, må kunne fungere for å kunne ha overskudd til å mestre i arbeidslivet. Ved et funksjonstap hvor det krever ekstra energi for å mestre daglige gjøremål, kan personen ønske å prioritere å trene på enkelte daglige aktiviteter og bevisst få hjelp til andre daglige aktiviteter, for å kunne ha overskudd til arbeidslivet. Å trene i hjemmet hvor aktiviteten skal utføres vil være mest hensiktsmessig. Treningen skjer i personens element, for eksempel på badet hvor man har de reelle bredder og høyder på rom, toalett og stoler som personen må forholde seg til i hverdagen.

2.3 Hverdagsrehabilitering i rehabiliteringssammenheng

Hverdagsrehabilitering er et tilbud etablert på kommunenivå. Tilbudet har ingen begrensning når det gjelder diagnose eller alder. Hverdagsrehabilitering kan gis tidlig for å forbygge og utsette funksjonstap. Rehabiliteringspyramiden (figur 1) viser hverdagsrehabiliteringens tilhørighet i kommunen. Øverst i pyramiden har vi rehabilitering på spesialistnivå. Nederst i pyramiden har vi flest brukere. Rehabilitering på nederste nivå kan og være helsefremmende arbeid. Pyramiden illustrerer mer spesialistkompetanse jo høyere man kommer. Ved rehabilitering i hjemmet vil det være mer behov for generalistkompetanse, men det kan allikevel foregå diagnosespesifikk rehabilitering i hjemmet (Tuntland & Ness, 2014).



Figur 1: Rehabiliteringspyramiden (gjengitt med tillatelse) (Tuntland & Ness, 2014).

2.4 Brukermedvirkning

Sentralt i hverdagsrehabilitering står brukermedvirkning. Brukeren eller personen kjenner best til egen situasjon og sitt liv. Viktigheten av denne kunnskapen som personen har om eget liv har fått større betydning i rehabiliteringsprosessen. Personen selv vet best hvilke utfordringer som berører og hva som er viktige mål i sin rehabilitering. I hverdagsrehabilitering spør vi; hva er viktige aktiviteter i livet ditt? Personen får selv definere og prioritere hva som skal trenes på og hvordan ressurser skal fordeles til dagens gjøremål, jamfør prioritering til å ha energi til å mestre en arbeidssituasjon eller et dagtilbud.

I kunnskapsbasert praksis ønsker vi å treffe gode beslutninger ved å kombinere forskningsbasert kunnskap med annen relevant kunnskap og personens verdier og preferanser (Terum & Grimen, 2009). Disse tre elementene er dynamiske og betydningen av hvert element vil formes i hvert møte og vil derfor variere fra gang til gang (Dahl-Michelsen, Groven, Aadland, & Nitter, 2018). Personens kunnskap har en vesentlig plass i en rehabiliteringsprosess og brukermedvirkning overlapper forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Som ergoterapeut kan man være uenig i personens vurdering og prioritering av hva som er viktige aktiviteter. Det er da viktig å reflektere over personens valg og dele egen innsikt og kunnskap. Det er til slutt personens valg av aktiviteter som gjelder, og ikke terapeutens valg. Å tåle å stå i dette som fagperson, er nødvendig for å få en god relasjon i rehabiliteringsprosessen. (Fisher & Marterella, 2019). Blant yrkesaktive kan noen velge å få hjelp til personlige gjøremål som

påkledning, for å ha overskudd til andre viktige gjøremål i deres liv som kan være å delta i arbeidslivet.

2.5 Teoretisk forankring

2.5.1 Aktivitetsvitenskap

Det er i hverdagen vi skaper mening med livet gjennom aktiviteter som har betydning. Aktivitetsvitenskapen belyser menneskelig aktivitet og ser på relasjonen mellom menneskets aktivitet og helse. Hvordan vi opplever hverdagen påvirkes av helse, økonomi, sosiale faktorer og omgivelsene. Grunnleggerne av aktivitetsvitenskap Elisabeth Yerxa, Florence Clark og Ruth Zemke mente ergoterapifaget trengte en vitenskap som kunne bidra til fagets utvikling og grunnlag (Kristensen, 2017). De vektla menneskelig aktivitet og sammenhengen mellom menneskelig aktivitet og helse.

Aktivitetsvitenskapen styres av tre antagelser: 1. mennesket som aktive vesener, 2. forhold mellom aktivitet og helse og 3. betydning av konteksten. I aktivitetsvitenskap er mennesket en sentral aktør i eget liv som er i dynamisk samspill med sine omgivelser gjennom meningsfulle, målrettede, velorganiserte og selvinitierende aktiviteter (Kristensen, 2017).

Sentralt i aktivitetsvitenskapen er hvordan hverdagsaktiviteter påvirker vår helse og livskvalitet. Ifølge Law et al. (1998) er det gjennom aktivitet vi utvikler helse og velvære. Denne sammenhengen påvirkes av forholdet mellom aktivitet, person og omgivelsene og balansen til den enkelte mellom produktivitet, egenomsorg og fritid. Endringer i livssituasjon som vil påvirke og begrense utførelse av meningsfulle aktiviteter, vil påvirke helse og livskvalitet. (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017)

Hverdagslivet er det livet vi lever, opprettholder, fornyer og gjensker hver dag. Et hverdagslivsperspektiv tar utgangspunkt i menneskets samhandling, erfaring og forestilling og prøver å forstå de samfunnsmessige og kulturelle kontekstene som danner rammen omkring menneskers liv (Arntzen, Gramstad, & Kristiansen, 2017). Hverdagslivets praksis påvirkes av livsfaser og hendelser i livet. Som et ergoterapifaglig fokus er det interessant å se hvordan mennesket i en konkret livssituasjon håndterer muligheter og begrensninger. Ifølge Borg handler ergoterapi om å samarbeide med personer som har behov for ergoterapeutisk støtte og inkludere endringene inn i hverdagslivet (Borg & Stabel 2013).

Wilcock nevner de fire elementene *doing*, *being*, *becoming* og *belonging* som vesentlig for hvordan aktiviteter har betydning for helse og livskvalitet. *Doing* som i aktivitetsvitenskapen handler om hva man får ut av meningsfulle aktiviteter og innbefatter sosial og personlig utvikling. *Being* er et produkt av «doing» og handler hva man får ut av å gjøre en aktivitet, menneskets eksistens og mening med livet. *Becoming* handler om potensiale, forandring og å utnytte sine evner gjennom handling. *Belonging* handler om sosialisering, det å være en del av en gruppe og gjennom aktivitet skape tilhørighet til samfunnet (Wilcock, 1999). Aktivitet sett i lys av disse fire elementene påvirker hvordan vi opplever helse og livskvalitet.

Gjennom hverdagsrehabilitering kartlegger personen betydningsfulle aktiviteter i eget liv. Schütz (1975) hevder hverdagslivet er en kulturell og intersubjektiv verden vi tar for gitt. Gjennom praksis og interaksjon med andre tilpasser vi oss ubevisst de omgivelsene vi lever i. Hverdagens aktivitet er ifølge Schütz forankret i egen kropp og tilstedeværelse her og nå. Den enkelte koordinerer egne handlinger og rytmer med andres handlinger og rytmer. Når det blir et brudd på det selvfølgelige livet som vi tar for gitt, vil hverdagslige aktiviteter, ifølge Schütz få en annen mening og verdi. Et brudd i hverdagslige aktiviteter kan synliggjøre at hverdagslivet kan leves på flere måter og likevel oppleves som betydningsfullt. Som ergoterapeuter anerkjenner vi at personer har ulik oppfatning av hva som er betydningsfulle aktiviteter ut fra motivasjon, situasjon, samt sosial, og kulturell kontekst. For å bidra til å avhjelpe aktivitetsproblemer etter et brudd, skal ergoterapeuten kartlegge betydningsfulle aktiviteter i hverdagslivet og konteksten de inngår i, for igjen å kunne trene på disse (Arntzen et al., 2017)

Sykdom og skade utfordrer hverdagslivet. Relasjoner, aktiviteter og deltakelse endrer seg, vaner og rutiner kan bryte sammen. Rehabiliteringsprosessen handler om hvordan man igjen kan skape hverdagslivets sammenheng gjennom meningsfulle aktiviteter. Dette kan skje gjennom nye aktiviteter eller endret deltakelse i nye og gamle kontekster. For en person i yrkesaktiv alder kan betydningen av enkelte hverdagsaktiviteter få ny mening når de må settes inn en helhet for å skape aktivitetsbalanse mellom daglige aktiviteter, arbeid og fritid (Håkansson, Morville, & Wagman, 2017).

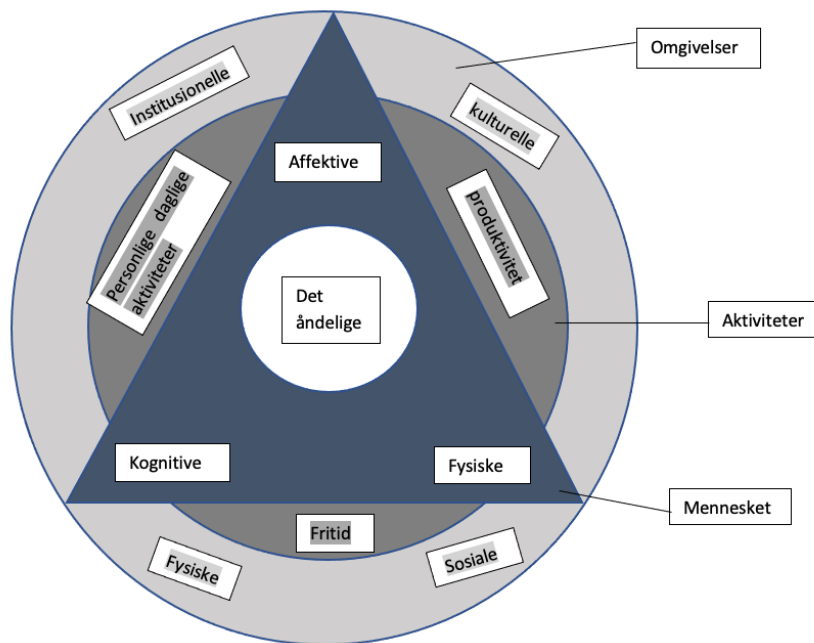
Begrepet *biografisk brudd* er utviklet og benyttet for å forstå hvordan identitet og selvopplevelse påvirkes av kronisk sykdom. Menneskets erfaring og biografi, blir formet av overganger i livet som enkelte ganger kan være uforutsigbare og dramatiske. En slik overgang kan føre til et biografisk brudd (Bury, 1982). Å skape kontinuitet etter opplevelsen av et brudd

i livet, beskrives som en kompleks prosess som innebærer å strebe etter forutsigbarhet, stabilitet og normalitet og utspilles i samspill med omgivelsene. Dickie og hennes kolleger (2006) mener aktivitet sees i sammenheng med at mennesket fungerer i en kompleks verden som “en organisme i en samlet helhet”, det vil si omgivelsene. Meningsfulle aktiviteter forstås i et kontinuerlig samspill mellom person og omgivelser. I det norske samfunn er produktivitet og fysisk aktivitet sett på som meningsfulle aktiviteter. Når man i yrkesaktiv alder ikke har mulighet til å være i arbeid eller være fysisk aktiv, kan det påvirke selvidentitet og selvbylde (Lund, Sveen, Asbjørnslett, & Raanaas, 2017).

2.5.2 The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) ble utviklet av en arbeidsgruppe på 1980-tallet. Den skulle lage retningslinjer for kvalitetssikring av ergoterapifaget i Canada (Law et al., 2015). I introduksjon av modellen la de særlig vekt på hva det betyr for mennesket å gjøre betydningsfulle aktiviteter. Modellen var først utviklet som CMOP-modell. Modellen ble videre utviklet til CMOP-E i 2007. Tilføyelsen av engasjement tydeliggjør ergoterapeutens søkelys på utøvelse og engasjement. I denne utvidede modellen understrekes det at ergoterapeuten har kompetanse på å muliggjøre betydningsfulle aktiviteter (Kjeken & Svartrud, 2012). Den kanadiske modellen er utviklet for å fremme brukersentrert praksis. I modellen ses personen på som den med mest kunnskap om eget liv og som best kan beskrive hvilke aktiviteter som er viktige i eget liv, og hvordan disse utføres (Townsend & Polatajko, 2013). Personen vurderer selv tilfredshet av aktivitetene. Sentralt for CMOP-E modellen er terapeutens tette samarbeid med personen. Personens perspektiv og valg vektlegges i teorien. Hos personer i yrkesaktiv alder kan det være stor forskjell på hva som er betydningsfulle hverdagsaktiviteter sett ut fra om personen er i arbeid, er sykmeldt/ufør eller aldri har vært i arbeidslivet. CMOP-E modellens fokus på aktivitet og aktivitetens betydning i hverdagen, har likhetstrekk med OTIPM-modellen sin tanke på aktivitet som ergoterapeutens metode.

CMOP-E modellen bygger på en systemteori (figur 2) hvor aktivitet deles i tre hovedgrupper: Personlige daglige aktiviteter (mobilitet, personlig stell og fungere i samfunnet), produktivitet (bidra til samfunnet sosialt og økonomisk) og fritid (aktiviteter sosialt og fysisk). Mennesket forstås i modellen som å ha fysiske, kognitive og affektive funksjoner med den åndelige eksistens som sentral kjerne. Omgivelsene rundt har fysiske, sosiale, institusjonelle og kulturelle elementer. Mennesket står i sentrum av modellen (Townsend & Polatajko, 2013)



Figur 2: The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (egen illustrasjon inspirert av (Townsend & Polatajko, 2013)).

De tre elementene omgivelser, aktiviteter og mennesket påvirker hverandre. Personen velger aktiviteter ut fra områder i elementene som har betydning i personens liv. Elementenes betydning gjør at personen kan velge meningsfulle aktiviteter ut fra livssituasjon, alder og funksjon. Modellen kan brukes på alle aldergrupper. Terapeutens oppgave utvides i modellen til å tenke holistisk med behandling i en større sammenheng. Sosiale arenaer, omgivelser, kultur og personens forhistorie, er viktige elementer for å fremme mestring og livskvalitet gjennom aktivitet. CMOP-E modellen beskriver funksjon som aktivitetsutøvelse og engasjement. Man kan oppnå deltagelse og aktivtetsutøvelse gjennom betydningsfulle aktiviteter. Men man kan og oppleve betydningsfulle aktiviteter gjennom aktiviteter som gjøres alene og som gir verdi og mening (Townsend & Polatajko, 2013).

I hverdagsrehabilitering har vi fokus på hva som er viktig for personen og setter treningsmål sammen med personen. Disse utføres i personens miljø hvor personen er med på å styre prosessen. Ifølge teorien CMOP-E er dette samspillet mellom person og miljø vesentlig for endring av helse og livskvalitet.

2.6 Kunnskapsstatus

2.6.1 Tidligere forskning

Tidligere forskning i denne masteroppgaven, er presentert i artikkelen. Det er gjort kunnskapssøk i Oria, Pubmed, CINAHL og Cochrane library med søkeordene adults, working age, activities of daily living, reablement, restorative care, rehabilitation, clinical controlled trial og home-care services. Aktuelle artikler er og funnet ved å lese referanselisten i relevante artikler og blant artikler som er fått av veileder. I litteratursøk med søkeordene working age og reablement eller restorative care, er det ikke gjort funn på aktuelle artikler. Seks systematiske oversikter (Cochrane et al., 2016; Mjøsund, Moe, Burton, & Uhrenfeldt, 2020; Pettersson & Iwarsson, 2017; Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer, & Ashe, 2017; Tessier, Beaulieu, McGinn, & Latulippe, 2016; Whitehead, Worthington, Parry, Walker, & Drummond, 2015) er undersøkt i forhold til effekt av hverdagsrehabilitering. Åtte enkeltstudier (Burton, Lewin, Clemson, & Boldy, 2013; Langeland et al., 2019; Lewin et al., 2013; Lewin & Vandermeulen, 2010; Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013; Tinetti et al., 1999; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015) er også undersøkt. Både de systematiske oversiktene og enkeltstudiene viser på enkelte områder positiv effekt av hverdagsrehabilitering. Studiene belyser forhold som kan påvirke resultater av effekt. Studiene har i hovedvekt hentet data hos eldre over 65 år. Det finnes lite forskning på hverdagsrehabilitering som viser resultater kun i aldersgruppen under 65 år og hvordan dette påvirker deres fysiske funksjon, mestring og livskvalitet.

2.6.2. Funn i den kliniske kontrollerte studien

For å finne svar på forskningsspørsmålene ble data hentet ut fra en klinisk kontrollert studie som ble utført av Senter for Omsorgsforskning Vest og CHARM i 2013-2016 (Langeland et al., 2016). I studien var data samlet fra personer i 43 kommuner som utgjør 17% av den totale populasjonen i Norge. Funn i masterstudien vil bli sammenliknet med funn i den klinisk kontrollerte studien. Resultat av funn i den kliniske kontrollerte studien presenteres derfor her.

I den kliniske studien ble hverdagsrehabiliteringsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Det ble funnet signifikante forskjeller i utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter målt med COPM etter ti uker og seks måneder. Det var og signifikant forskjell ved balanse og gange målt med SPPB etter seks måneder. Ved SPPB totalskår og vurdering av reise/sette seg, var det signifikant forskjell ved tolv måneder. Ved vurdering av helserelatert livskvalitet viste vanlige gjøremål og gange en forskjell ved seks måneder. Samlet sett viser over halvparten av

måletidspunktene signifikant bedring i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen (Langeland et al., 2019). Effekten går ned etter tolv måneder ved enkelte målepunkt. Tabell 1 viser en oversikt med positive og negative resultater ved ulike effektmål og måletidspunkt. Denne oversikten vil bli sammenliknet med funn i masterstudien.

Tabell 1: Samlet oversikt over effekt av hverdagsrehabilitering basert på testing av forskjeller mellom hverdagsrehabiliteringsgruppen og kontrollgruppen i den kliniske kontrollerte studien ved ti uker, seks og tolv måneder (Langeland et al., 2016).

	Måletidspunkt		
	10 uker	6 måneder	12 måneder
Daglige aktiviteter, COPM			
Utførelse	+	+	+
Tilfredshet	+	+	-
Fysisk funksjon, SPPB			
Balanse	+	+	-
Gange	+	+	-
Reise/sette seg	+	+	+
Totalskår	+	+	+
Helserelatert livskvalitet, EQ-5D-5L			
Gange	+	+	-
Personlig stell	+	+	+
Vanlige gjøremål	-	+	-
Smerte/ubehag	-	-	-
Angst/depresjon	-	-	-
Total helseskår, VAS	+	+	-

+ = signifikant endring, - = ikke signifikant endring $p=0.05$

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

SPPB: Short Physical Performance Battery. Gange, reise/sette seg og ganghastighet: skala 1-4, 4 er best. Totalskår 1-12, 12 er høyest. Ganghastighet m/s

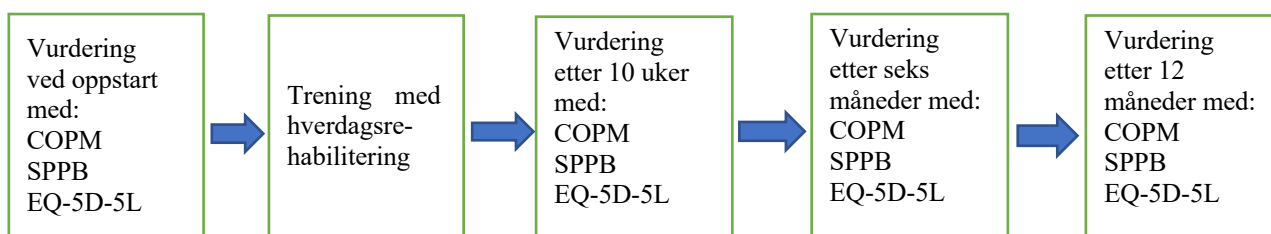
EQ-5D-5L: European Quality of Life Scale. Gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon: skala 1-5, 1 er best. Helsen i dag: skala 1-100, 100 er høyest.

3.0 Metode

3.1 Forskningsdesign

I masteroppgaven undersøkes endring hos personer som har fått hverdagsrehabilitering. Studien inkluderer longitudinelle data over ett år, hentet i en stor klinisk kontrollert studie. Designet i dette masterstudiet er en klinisk oppfølgingsstudie.

Figur 3: Flytskjema



Utvalget benyttet i denne masterstudien er et subutvalg fra det store utvalget. Alle over 65 år ble fjernet. Hele gruppen på 90 personer som ble hentet ut fra den kliniske studien, ble grundig undersøkt. Intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ble sammenliknet etter ti uker og her ble det gjort signifikante funn. Dette er beskrevet under kapitlene analyser og resultat i kappen. Det var ikke ventet å finne signifikante resultater siden kontrollgruppen var liten. Det ble gjort en grundig avveining om disse signifikante funnene kunne brukes i masterstudien. Konklusjonen falt på å bruke bare intervensjonsgruppen på 78 deltakere siden det var få deltakere i kontrollgruppen (n=12). Alle 90 deltakere, både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen er likevel presentert i kappen i kapittel 4.1. Resultater ved sammenlikning av gruppene er beskrevet og tabeller ved sammenlikning er lagt som vedlegg. Dette for å kunne gi leser innblikk i interessante funn ved sammenlikning av gruppene.

3.2 Informanter

De 90 personene, 78 personer i intervensjonsgruppen og tolv personer i kontrollgruppen ble undersøkt. På grunn av lavt deltakertall i kontrollgruppen ble det besluttet å ikke bruke data fra kontrollgruppen ved besvarelse av forskningsspørsmålet.

Siden kontrollgruppen presenteres i kappen, kan det nevnes at kontrollgruppen som intervensjon mottok standard tjenester som kunne variere fra kommune til kommune, men det

var ofte kompensierende tiltak som tekniske hjelpemidler, praktisk assistanse, matlaging eller trygghetsalarm. Det kunne og være rehabilitering utført av helsepersonell i kommunen (Langeland et al., 2016, p. 31).

3.3 Datainnsamling

Datamaterialet som skal brukes i denne masterstudien, er hentet fra vurdering og testing gjort med tre måleinstrumenter som er brukt i den kliniske kontrollerte studien for å måle endringer ved intervensjonen hverdagsrehabilitering. Data ble hentet ut hos aldersgruppen 18-65 år som utgjør 78 personer.

3.4 Måleinstrumenter

I masterstudien ble Canadian Occupational Performance Measure (COPM) brukt for å måle primære utfallsmål som er selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet. Sekundære utfallsmål som er fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet ble målt med Short Physical Performance Battery (SPPB) og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L).

3.4.1. *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et evidensbasert instrument som omfatter personens selvopplevde utførelse i daglige aktiviteter over tid. Det brukes i denne masterstudien for å måle det primære effektmålet som er utførelse og tilfredshet. I COPM skal personen beskrive selvopplevd mestring av betydningsfulle men utfordrende aktiviteter. Basert på CMOP-E modellen har COPM fokus på aktivitetsutførelse, og tilfredshet med egen utførelse. Utførelse (performance) er forkortet til COPM-P og tilfredshet (satisfaction) med aktivitetsutførelse er forkortet til COPM-S. COPM er delt inn i tre aktivitetsområder; *personlige aktiviteter* som omfatter personlig pleie, mobilitet og fungering i samfunnet, *produktivitet* som omfatter betalt/ubetalt arbeid, husarbeid og lek/skole/utdanning og *fritid* som omfatter rolige fritidssysler, fysisk krevende fritidssysler og sosiale aktiviteter (Law et al., 2015; Townsend & Polatajko, 2013). COPM er et instrument hvor personen skårer på en skala fra 1-10 ved test og re-test. Den foregår i fem trinn hvor første trinn er et intervju hvor personen forteller om sin hverdag. Hensikten er å bli kjent med personen og identifisere aktiviteter som personen opplever som utfordrende. Aktivitetene noteres fortløpende inn i vurderingsskjemaet under passende aktivitetskategori. I trinn to skårer personen hver aktivitet på en skala fra 1-10 ut fra hvor viktig det er for personen å kunne gjøre denne aktiviteten (COPM-P). Det brukes et

skåringskort med linje fra 1-10. I trinn tre og fire skal personen velge opp til fem prioriterte aktiviteter hvor personen skal vurdere utførelse nå og hvor tilfreds han/hun er med nåværende utførelse (COPM-S). De prioriterte aktivitetene danner grunnlaget for valg av mål og tiltak i rehabiliteringen. I trinn fem gjøres en ny vurdering på utførelse og tilfredshet av de inntil fem valgte aktivitetene. I dette masterstudiet gjøres revurdering etter ti uker, seks og tolv måneder.

Totalskår regnes ut ved å legge sammen antall poeng for utførelse og dele på antall aktiviteter og legge sammen poeng for tilfredshet og dele på antall aktiviteter. Man kan regne ut forskjell i utførelse og tilfredshet ved å trekke summen fra tidspunkt 1 fra tilsvarende under tidspunkt 2. Man kan og regne ut endring eller manglende endring ved å trekke fra totalskår i utførelse 1 og tilfredshet 1 med totalskår for utførelse 2 og tilfredshet 2. I en studie ble validitet, respons og gjennomførbarhet av COPM vurdert i bruk i hverdagsrehabilitering hos eldre. 225 personer med en gjennomsnittsalder på 80,8 år var med i studien. Data ble undersøkt ved oppstart og etter ti uker. Resultater i studien viser adekvate funn på validitet, responsivitet og gjennomførbarhet. Den anbefaler tre poeng som endring for å være en klinisk relevant bedring eller forverring i hverdagsrehabilitering med eldre (Tuntland, 2017; Tuntland, Aaslund, Langeland, Espehaug, & Kjekken, 2016).

COPM er testet i flere ulike grupper og brukes nå i 35 land. Den er et av de mest brukte instrumentene innenfor ergoterapi. COPM er revidert flere ganger, den femte og til nå nyeste versjonen er fra 2015 (Law et al., 2015). Den er i likhet med tidligere versjoner oversatt til norsk.

3.4.2 Short Physical Performance Battery (SPPB)

Short Physical Performance Battery (SPPB) er en screeningtest for balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i bena. Testen ble utviklet i forbindelse med en amerikansk studie av eldre og ble første gang publisert i 1994. Testen er oversatt fra engelsk til norsk i tråd med gjeldende retningslinjer og norsk versjon er tilgjengelig på nett. Hensikten er å identifisere funksjonstap hos eldre (Bergh et al., 2013). Testen består av tre deler. 1. Statisk balanse 2. Fire meter gange i vanlig tempo og 3. Reise /sette seg i raskt tempo fem ganger. Hver oppgave skåres i poeng fra 0-4 hvor 4 er best funksjon. Skårene fra hver test legges sammen til en totalskår som kan variere fra 0-12. Ganghastighet vurderes i gangtesten. En ganghastighet > 1.0 meter i sekundet vurderes som normal med ingen økende risiko eller begrensninger i ADL og mobilitet, ganghastighet på 0.6-1.0 meter i sekundet vurderes som begynnende funksjonssvikt med økt risiko for fall og funksjonssvikt, redusert utendørs mobilitet, men selvhjulpen i ADL. Ganghastighet < 0.6 meter

i sekundet vurderes som skrøpelig med økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse. Ganghastighet kan være god hjelp for å vurdere funksjonsnivå og hvilke tiltak som skal settes inn av hjelpebehov (Abellan van Kan et al., 2009; Tuntland, 2017).

3.4.3 European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L)

European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) ble utviklet som et instrument for å måle selvrapportert helserelatert livskvalitet (Euroqol-group, 1990). Det er et standardisert genetisk instrument som brukes til å måle helseutfall. Det kan brukes av alle aldersgrupper og opp mot ulike diagnoser. EQ-5D-5L består av en index som har en femgradert skala for hver dimensjon, og EQ-5D-5L visuell analog skala (VAS). I EQ-5D-5L skal personen vurdere seg selv i områdene gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte /ubehag og angst/depresjon. Vurderingen er delt i fem nivåer, hvor 1 ikke er noe problem og 5 er store problemer. VAS måler personens egenvurderte helse på en visuell skala fra 0-100. Personen skal sette en strek på skalaen som viser hvordan helsetilstanden er i dag (Euroqol-group, 1990). Fordelen med EQ-5D-5L er at den er enkel og rask å besvare. Den er kort og presis i formuleringen. Den gir en god oversikt over egendefinert helserelatert livskvalitet. En ulempe er at den ikke dekker psykisk funksjon like godt som fysisk. Hvis man ønsker å måle angst og depresjon bør andre måleinstrumenter benyttes i tillegg. Det er god evidens for reliabilitet, validitet og respons ved bruk av EQ-5D-5L (Haywood, Garratt, & Fitzpatrick, 2005). I hverdagsrehabilitering er EQ-5D-5L brukt både i England, New-Zeeland og Skandinavia (Tuntland, 2017; Tuntland & Ness, 2014).

3.5 Analyse

Dataene ble gjennomgått før analyser ble påbegynt. Ved presentasjon av utvalg ble variabelen utdanning som bestod av fire kategorier dikotomisert. Barne-/ungdomsskole og videregående skole, ble dikotomisert til lavere utdanning. Høgskole ett til tre år og universitet fire år og mer, ble dikotomisert til høyere utdanning. Deskriptiv statistikk ble benyttet ved presentasjon av utvalget. Hver kategoriske variabel ble presentert med antall og prosent. Kontinuerlige variabler ble presentert med sentraltendens og variasjon. Normalfordelte kontinuerlige variabler ble presentert med gjennomsnitt og standardavvik (SD) og ikke normalfordelte variabler med median og minimum/maksimum. To-utvalgs t-tester og kjikvadrat-tester ble benyttet for å undersøke forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i

presentasjon av utvalget. Fisher's Exact test ble benyttet når forutsetninger i kji kvadrat-tester ikke ble møtt.

Både parametriske og ikke-parametriske tester er benyttet. Parametriske tester krever normalfordelte data. Alle kontinuerlige variabler ble vurdert for normalitet med Kolmogorov-Smirnovs test.

Kontrollgruppe og intervensjonsgruppe ble undersøkt ved alle måletidspunkt. Gjennomsnitt sumskår og standardavvik (SD) i begge grupper ble vurdert. Kontrollgruppen ble og sammenliknet med intervensjonsgruppen etter ti uker. Ved vurdering av kontrollgruppen opp mot intervensjonsgruppen etter ti uker, var det i alle variabler ett eller flere måletidspunkt som ikke var normalfordelt. Det var og stor forskjell på antall deltakere i de to gruppene. Det ble derfor benyttet ikke-parametrisk Mann Whitney U test på alle måletidspunkt.

Det er utført parrete t-tester for intervensjonsgruppen mellom oppstart og ti uker, oppstart og seks måneder og oppstart og tolv måneder. Intervensjonsgruppen ble sammenliknet med seg selv på de ulike måletidspunktene. Ved sammenlikning av hverdagsrehabiliteringsgruppen over tid var det ved alle måletidspunkt flere enn 30 deltakere. Enkelte måletidspunkt var ikke normalfordelt. P-verdien var tilnærmet lik ved undersøkelse med ikke-parametrisk Wilcoxon test. I følge Pallant kan man utføre parametriske tester selv med ikke normal fordelte data når man har 30 deltakere eller mer (2016). Det ble valgt å vise tabell med normalfordelte data siden gjennomsnitt og konfidensintervall inneholder mer informasjon og dataene lettere kan leses og sammenliknes (Tabell 3 i artikkel).

Intervensjonseffekten regnes ut med Cohen's D for å se hvor stor endringen er mellom målingene i intervensjonsgruppen. Effektstørrelsen defineres som liten ved 0.2, middels ved 0.5 og stor ved 0.8. Utregningen er gjort ved å dele gjennomsnittet på standardavviket (Pallant, 2016, p. 236). Statistisk signifikansnivå er satt til $p < 0.05$.

3.6 Personvern og etiske betraktninger

Masterstudien henter data fra en følgeevaluering. Følgeevalueringen er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest Norge (REK 2014/57) og er registrert i ClinicalTrials.gov (NCT02273934). Da dataene var anonymisert, var det ikke behov for endringsmelding. Deltakerne ble kodet og resultater anonymisert. Prosedyrer ble gjennomført

i samsvar med Helsinkideklarasjonen (1975) ("World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects," 2013). Deltakerne fikk informasjon om studien og underskrev en erklæring hvor hensikt med studien var beskrevet og hvor de kunne trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn (Langeland et al., 2016; Langeland et al., 2019).

4.0 Resultater

Hele utvalget og funn ved sammenlikning av gruppene presenteres i resultatkapittelet i kapittel 4.1. Deretter presenteres funn ved undersøkelse av de som fikk hverdagsrehabilitering i kapittel 4.2.

4.1 Presentasjon av hele utvalget

Deltakere til denne masterstudien var personer i alderen 18-65 år som ble hentet ut fra den kliniske kontrollerte studien (Langeland et al., 2016). Forskningsspørsmålet i masterstudien ble besvart med data hentet fra personer i intervensjonsgruppen. Utvalget i intervensjons- og kontrollgruppen ble undersøkt og sammenliknet (Tabell 2). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved oppstart. Gruppene viser seg å være like tross stor forskjell på antall deltakere i de to gruppene. Kun ved vurdering av tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter var det tilnærmet signifikant forskjell ($p=0.06$).

Tabell 2: Deltakere ved oppstart

Variabel	Hele utvalget N=90	Intervensjonsgruppe n=78	Kontroll-Gruppe n=12	p-verdi
Alder, gjennomsnitt (SD), spredning	55 (19-65)	54 (19-65)	59 (48-65)	0.10
Kvinne, antall (%)	56 (62.2)	48 (61.5)	8 (66.7)	1.00
Bor alene, antall (%)	50 (55.6)	42 (53.8)	8 (66.7)	0.54
Høyere utdanning, antall med høyere utdanning (%)	21 (23.3)	17 (21.8)	4 (33.3)	0.46
Uføretrygdet/arbeidsavklaring, antall (%)	68 (79.6)	58 (74.4)	10 (83.3)	0.94
Motivasjon for hverdagsrehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	8.83 (1.54)	8.9 (1.39)	8.2 (2.20)	0.10
Utførelse av daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	3.2 (1.48)	3.1 (1.31)	3.9 (2.27)	0.26
Tilfredshet med daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD)	2.7 (1.64)	2.5 (1.48)	3.7 (2.23)	0.06
Ganghastighet meter/sekund SPPB, gjennomsnitt (standardavvik)	0.61 (0.31)	0.62 (0.32)	0.57 (0.22)	0.53
Helsen i dag EQ-5D-5L, skala 1-100, 100 er best, gjennomsnitt (SD)	39.9 (20.86)	38.9 (20.34)	45.75 (23.97)	0.37

COPM: Canadian Occupational Performance Measure.

SPPB: Short Physical Performance Battery.

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

p-verdi: 0.05%

Statistiske tester: T-test for kontinuerlige variabler, Kjikvadrat og Fisher's Exact test for kategoriske variabler.

Tabell 3 viser deltakernes største helseutfordring. I intervensjonsgruppen var det 14,1% (n=11) som oppga svimmelhet/problem med balanse som største helseproblem og 12.8% (n= 10) oppga brudd som største helseutfordring. De fleste hadde i tillegg to andre helseutfordringer. Kategorien annet som utgjør 6.4% (n= 5), inkluderte ulike helseproblemer som ikke passet inn i de andre forhåndsdefinerte kategoriene. Det er lite data å hente ut fra kontrollgruppen grunnet få deltakere.

Tabell 3: Deltakernes største helseutfordring ved oppstart

Største helseutfordring, antall (%)	Hele utvalget N=90	Intervensjons- gruppe n=78,	Kontroll-gruppe n=12
Svimmelhet/problem med balanse	12 (13.3)	11 (14.1)	1 (8.3)
Brudd	12 (13.3)	10 (12.8)	2 (16.7)
Hjerneslag	11 (12.2)	9 (11.5)	2 (16.7)
Nevrologisk sykdom	9 (10.0)	7 (9.0)	2 (16.7)
Leddgikt/artrose	6 (6.7)	6 (7.7)	-
Smerte	7 (7.8)	6 (7.7)	1 (8.3)
Hjertesykdom	5 (5.6)	4 (5.1)	1 (8.3)
Psykisk lidelse	4 (4.4)	4 (5.1)	-
Ortopedisk sykdom	4 (4.4)	4 (5.1)	-
Kreft	4 (4.4)	3 (3.8)	1 (8.3)
Amputasjon	3 (3.3)	3 (3.8)	-
Søvnforstyrrelser	1 (1.1)	1 (1.3)	-
Luftveissykdommer	1 (1.1)	1 (1.3)	-
Fordøyelsesproblemer	1 (1.1)	1 (1.3)	-
Ryggsykdom/problemer	1 (1.1)	1 (1.3)	-
Annet	6 (6.7)	5 (6.4)	1 (8.3)

4.1.1 Sammenlikning av hverdagsrehabilitering i kontroll- og intervensjonsgruppe

Begge grupper ble sammenliknet på alle måletidspunkt. Sammenlikning er vist med gjennomsnitt-forskjell i sumskår og standardavvik (tabell 5, vedlegg 2). Ved vurdering av de primære utfallsmålene viser intervensjonsgruppen stor bedring på utførelse av daglige aktiviteter fra oppstart (gjennomsnitt sumskår 3.11, SD 1.31) til ti uker (gjennomsnitt sumskår 6.04, SD 1.99). Kontrollgruppen har ikke samme bedring fra oppstart (gjennomsnitt sumskår 3.98, SD 2.72) til ti uker (gjennomsnitt sumskår 3.99, SD 2.40). Intervensjonsgruppen har og

høyere gjennomsnitt sumskår ved seks og tolv måneder ved vurdering av tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter (Tabell 5, vedlegg 2)

De sekundære utfallsmålene viser god effekt i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen. Ved totalskår for fysisk funksjon målt med SPPB viser intervensjonsgruppen en bedring ved totalvurdering av fysisk funksjon fra oppstart (gjennomsnitt sumskår 6.04, SD 3.30) til ti uker (gjennomsnitt sumskår 7.81, SD 3.47). Kontrollgruppen har en liten nedgang fra oppstart til ti uker. (Tabell 6, vedlegg 2)

Vurdering av helsen i dag, total helseskår (VAS) målt med EQ-5D-5L viser og oppgang i intervensjonsgruppen med en bedring fra oppstart (gjennomsnitt sumskår 38.99, SD 20.34) til ti uker (gjennomsnitt sumskår 52.46, SD 10.08) ved vurdering av helsen i dag. Kontrollgruppen har også her en liten nedgang. (Tabell 8, vedlegg 2)

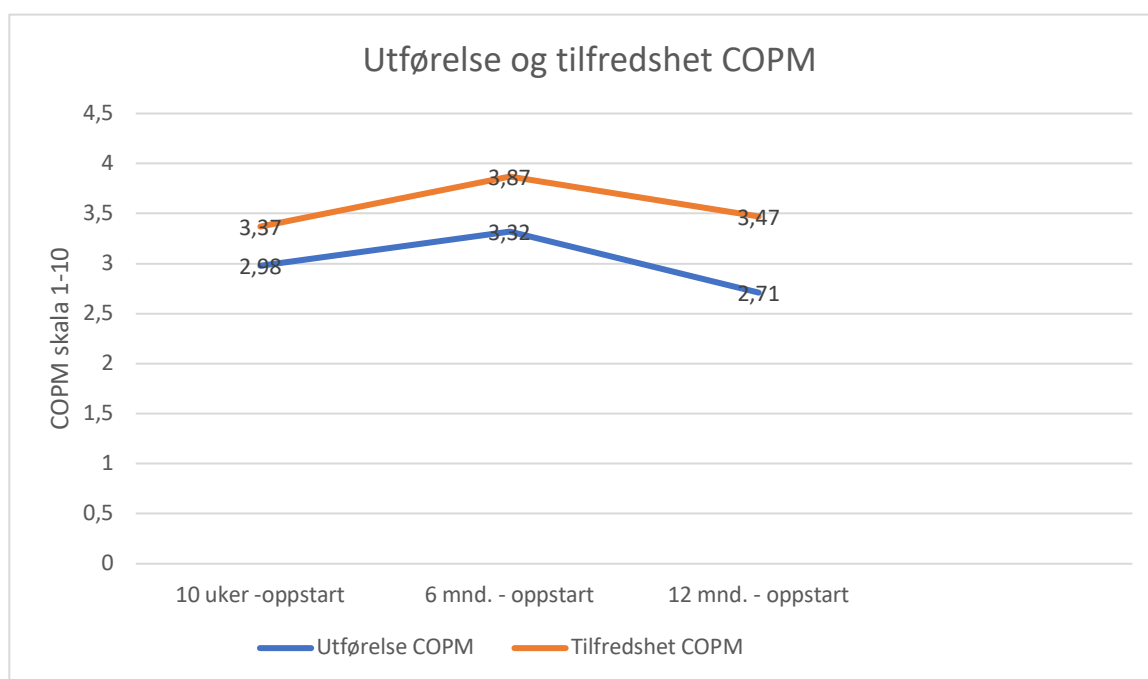
Intervensjonsgruppen ble sammenliknet med kontrollgruppen etter ti uker med Mann Whitney U test. Ved vurdering av resultater for begge grupper ser vi positiv effekt ved ni av tretten måletidspunkt i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen (Tabell 9, vedlegg 3). Resultatene viser signifikant effekt for hverdagsrehabiliteringsgruppen på de primære utfallsmålene utførelse vurdert med COPM ($p= 0.01$) og tilfredshet vurdert med COPM ($p= 0.03$). Ved de sekundære utfallsmålene ser vi og signifikante resultater ved sammenlikning av gruppene. Fysisk funksjon målt med SPPB viser god effekt i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen ved balanse ($p= 0.003$), gange ($p= 0.005$) reise/sette ($p= 0.003$) og totalskår ($p= 0.002$). Vurdering av helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser positiv effekt i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen ved gange ($p= 0.002$), vanlige gjøremål ($p= 0.04$) og helsen i dag (VAS) ($p= 0.02$). Det var kun ganghastighet regnet ut med SPPB skår og personlig stell, smerte/ubehag og angst/depresjon, vurdert med EQ-5D-5L som ikke viser signifikant effekt i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen.

4.2. Resultat av funn basert på forskningsspørsmålet

Målet med masterstudien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv.

4.2.1. Primære utfall

Resultater av de parrede t-testene viser signifikant resultat på COPM-utførelse og COPM-tilfredshet med daglige aktiviteter fra oppstart til ti uker. Den positive bedringen vedvarer etter tolv måneder. Tabell 3 i artikkelen viser gjennomsnitt forskjell i sumskår for utførelse og tilfredshet. Det er signifikant forskjell mellom alle måletidspunkt, som betyr at voksne som har fått hverdagsrehabilitering har hatt bedring i utførelse og tilfredshet, og denne bedringen har vedvart i ett tolv måneders perspektiv. Bedringen har gått noe ned i COPM-utførelse fra målinger gjort etter ti uker (gjennomsnittlig forskjell 2.98, 95% KI= 2.42,3.55) til målinger gjort etter tolv måneder (gjennomsnittlig forskjell 2.71, KI= 1.74 -3.69) (Figur 4). Deltakerandelen reduseres i løpet av perioden både ved vurdering av utførelse og tilfredshet. Det er 64 deltakere ved måling etter ti uker og 37 deltakere ved måling etter tolv måneder.



Figur 4: Gjennomsnittlig forskjell ved utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter i hverdagsrehabiliteringsgruppen etter ti uker, seks måneder og tolv måneder målt med Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

4.2.2. Sekundære utfall

Ved vurdering av fysisk funksjon målt med SPPB viser totalskår i resultater fra parrete t-tester en signifikant bedring på alle tre måletidspunkt med en p-verdi på 0.001 eller mindre. Effektstørrelsen er moderat til sterk på alle måletidspunkt ($D = 0.65, 0.62, 0.60$). Balanse viser signifikant bedring etter ti uker ($p = 0.029$), men ikke etter seks og tolv måneder. Gange og reise/sette seg viser signifikant bedring på alle måletidspunkt. Utregning av ganghastighet viser signifikant bedring etter ti uker ($p = 0.009$), seks måneder ($p = 0.002$) og tolv måneder ($p = 0.02$) (Tabell 3 i artikkel).

Ved vurdering av helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser vanlige gjøremål, gange og personlig stell signifikant bedring på alle måletidspunkt ved parrete t-tester. Effektstørrelsen ved vanlige gjøremål viser moderat til sterk endring på alle tre måletidspunkt ($D = 0.74, 0.67, 0.63$). Effektstørrelsen ved gange på alle tre måletidspunkt viser en moderat endring ($D = 0.51, 0.51, 0.49$). Effektstørrelsen ved måling av personlig stell viser moderat endring etter ti uker ($D = 0.60$) og etter tolv måneder ($D = 0.59$). Etter seks måneder viser effektstørrelsen liten endring ($D = 0.39$). Ved vurdering av smerte/ubehag viser resultatene ingen signifikante forskjeller mellom de ulike måletidspunktene. Når vi ser på vurdering av angst/depresjon viser resultatene ingen signifikant endring ved måling etter ti uker. Etter seks måneder og tolv måneder viser resultatene signifikant bedring. Når informantene skal vurdere helsen i sin helhet, ser vi lik signifikant bedring på ved ti uker og seks måneder ($p < 0.001$). Ved tolv måneder er det fortsatt signifikant bedring ($p = 0.001$) (Tabell 3 i artikkel).

Samlet oversikt over positiv eller negativ endring på alle måletidspunkt er i tabell 4 i en forenklet oversikt. Klinisk bedring er vist ved COPM og SPPB totalskår. Det er kun ved tilfredshet med daglige aktiviteter og smerte/ubehag ved vurdering av helserelatert livskvalitet at ikke endringen opprettholdes etter tolv måneder.

Tabell 4: Samlet oversikt over endring hos personer i alderen 18-65 år som har trent med hverdagsrehabilitering.

	Måletidspunkt		
	10 uker	6 måneder	12 måneder
Daglige aktiviteter, COPM			
Utførelse	+	+ ¹	+
Tilfredshet	+ ¹	+ ¹	+ ¹
Fysisk funksjon, SPPB			
Balanse	+	-	-
Gange	+	+	+
Reise/sette seg	+	+	+
Totalskår	+ ²	+ ²	+ ²
Ganghastighet	+	+	+
Helserelatert livskvalitet, EQ-5D-5L			
Gange	+	+	+
Personlig stell	+	+	+
Vanlige gjøremål	+	+	+
Smerte/ubehag	-	-	-
Angst/depresjon	-	+	+
Total helseskår, VAS	+	+	+

+ = signifikant bedring, - = ikke signifikant bedring, p= 0.05

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

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

Totalskår 1-12, 12 er høyest. Ganghastighet m/s

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.

¹ = klinisk bedring ved vurdering med COPM, endring på tre poeng eller mer.

² = klinisk bedring ved vurdering med SPPB, endring på ett poeng eller mer.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Målet med masterstudien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv.

5.1.1 Hovedfunn

Hovedresultatene er presentert i artikkelen. De viser at personer i yrkesaktiv alder bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet etter trening med hverdagsrehabilitering. Bedringen går noe ned etter tolv måneder, men er fortsatt bedre enn før oppstart.

5.1.2 Funnt sett i lys av teoriene aktivitetsvitenskap og CMOP-E

Resultatene viser at personene opplever økt tilfredshet ved å kunne utføre meningsfulle daglige aktiviteter. Aktivitetsvitenskap belyser relasjon mellom menneskets aktivitet og helse. Sentralt i aktivitetsvitenskapen er hvordan hverdagsaktiviteter påvirker vår helse og livskvalitet (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017). Ved vurdering av utførelse og tilfredshet med egen hverdagsaktivitet skårer deltakerne i denne masteroppgaven en signifikant bedring på over 3 poeng på flere områder. I en livssituasjon hvor hverdagen tidligere kan ha vært preget av arbeid, kanskje barn man forsørger og en aktiv fritid, er en endring i helse noe som påvirker hele livssituasjonen. Gode resultater ved COPM kan tyde på at gruppen mestrer å skape en sammenheng mellom daglige aktiviteter i nye eller gamle kontekster og inkludere disse aktivitetene med andre betydningsfulle aktiviteter i hverdagen. Det kan tyde på at gruppen har mestret å ha en god fordeling på aktiviteter som må utføres (aktivitetsbalanse). Hvis man opplever å ha for mange aktiviteter kan dette skape stress og påvirke negativt på utførelsen og tilfredshet med dem (Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012). Elementene; doing, being, becoming og belonging, påvirker hvordan vi opplever helse og livskvalitet (Wilcock, 1999). Når vi i hverdagsrehabilitering bidrar til at personen kan utnytte sine evner og muligheter ved å utføre aktiviteter (doing) gjennom den de er (being), kan dette skape nye muligheter (becoming) hvor personen opplever mestring gjennom å utføre betydningsfulle aktiviteter i samfunnet (belonging). Gode resultater på tilfredshet kan være at enkelte hverdagsaktiviteter har fått en ny betydning og verdi sett i en større sammenheng. Hverdagsaktiviteter de tok for

gitt, kan etter en skade eller ved en kronisk sykdom få større betydning. Ifølge Law et al. (1998) er det gjennom aktivitet vi utvikler helse og velvære. Endringer i livssituasjon som vil påvirke og begrense utførelse av meningsfulle aktiviteter, vil påvirke helse og livskvalitet. (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017). Signifikant bedring ved vurdering av selvopplevd utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter kan derfor ifølge Law ha stor positiv betydning på helse og livskvalitet.

Hele 74.4% av deltakerne som fikk hverdagsrehabilitering var uføretrygdet eller på arbeidsavklaring. Siden dette er personer i yrkesaktiv alder må vi anta at de på et tidspunkt har falt ut av arbeidslivet, eller har en uavklart situasjon med hensyn til å komme tilbake til arbeidslivet. Gjennom sykdom kan relasjoner, vaner og rutiner endres. For personer i yrkesaktiv alder kan man tenke det har vært et «brudd» i livet når man ikke lenger kan være i arbeid, og dette vil påvirke selvidentitet og selvbylde. Rehabilitering handler om hvordan man igjen kan skape en meningsfull hverdag ut fra egne ressurser. Funn i denne masterstudien viser signifikant bedring ved alle måletidspunkt på hvordan deltakerne opplever sin helse (helsen i dag målt med EQ-5D-5L). Funnene kan si oss noe om betydningen av å kunne utføre hverdagsaktiviteter selv med helseutfordringer. I lys av aktivitetsvitenskapen er det hvordan mennesket ser seg selv som et aktivt vesen og betydningen av aktivitet og helse som kan påvirke hvordan vi opplever vår livskvalitet. Ifølge Giddens (1991), er selvidentitet noe vi skaper hele tiden. Menneskets erfaring og biografi, vil bli formet av overganger i livet. Begrepet «biografiske brudd» er benyttet de siste 30 årene for å få en forståelse av hvordan selvopplevelse og identitet påvirkes av en kronisk sykdom. Å kunne skape kontinuitet etter opplevelse av brudd er en kompleks prosess, som søker etter å skape forutsigbarhet og normalitet (Hammell, 2004). Metoden vi bruker i hverdagsrehabilitering ved at personen selv velger aktivitet og vi trener hjemme eller i nærmiljø, kan ha stor betydning på personens selvidentitet og hvordan den enkelte opplever å bli akseptert. Det kan være denne betydningen har en stor verdi og påvirker til bedre livskvalitet. Å kunne skape forutsigbarhet, stabilitet og normalitet når man ikke har mulighet til å stå i arbeid er vesentlig for hvordan selvopplevelse og identitet oppleves (Lund et al., 2017).

Ifølge teorien CMOP-E er det personen selv som har mest kunnskap om eget liv og best kan beskrive hva som er viktige aktiviteter i eget liv ut fra livssituasjon og omgivelser (Townsend & Polatajko, 2013). Et viktig aspekt i CMOP-E teorien er brukermedvirkning. Personen involveres i valg og beslutninger. Personens engasjement, motivasjon, forventninger og behov vurderes sammen med terapeut for å kunne skape gode treningsmuligheter i daglige aktiviteter.

Personens engasjement øker muligheten for mestring. Brukermedvirkning er et sentralt begrep i hverdagsrehabilitering ved at personen tar utgangspunkt i den situasjonen han/hun står i og velger betydningsfulle aktiviteter ut fra sitt ståsted. Samspillet med terapeut kan ha stor betydning for resultat av treningen. I en studie hvor eldre (64-92år) er intervjuet vektlegger de betydningen av et godt samspill med terapeut og mulighet til å påvirke og velge aktiviteter som vesentlig for å oppnå positiv endring i hverdagsrehabilitering (Hjelle, Tuntland, Førland, & Alvsvåg, 2017). I hverdagsrehabilitering tenker terapeuten behandling i en større sammenheng. Hjem, nærmiljø, sosial arena og forhistorie har stor betydning for å kunne fremme mestring og livskvalitet gjennom aktivitet. Å ha et holistisk perspektiv på hvordan rehabilitering legges opp, vil kunne fange opp flere viktige dimensjoner som påvirker livet. I COPM-intervjuet som CMOP-E-teorien bygger på, får personer mulighet til å fortelle om seg selv og sin hverdag, og hva som påvirker den. De får velge betydningsfulle aktiviteter hvor trening legges opp etter deres valg. Dette er i tråd med funn i en dansk undersøkelse som viste at deltakere i yrkesaktiv alder vektla betydningen av profesjonelle ansattes bidrag og at hverdagsrehabilitering fungerte smidig og var tilpasset den enkeltes hverdag (Tonnesen et al., 2012). COPM intervju og kartlegging kan bidra til at denne aldersgruppen får hjelp til å sortere og beskrive hva som har betydning etter en endring i livet som følge av sykdom eller en skade. Disse dimensjonene kan ha påvirket til at gruppen opplever å ha god livskvalitet til tross for sykdom.

5.1.3 Diskusjon av funnene sett opp mot funnene i hovedstudien

Ved sammenlikning av funn i denne masterstudien med funn i hovedstudien, ser vi en betydelig forskjell i alder. I hovedstudien var gjennomsnitt alder 78 år og i masterstudien var gjennomsnitt alder 54 år. Hele 87.5% var pensjonert i hovedstudien. I masterstudien var 74.4% uføretrygdet/arbeidsavklaring. Det var flere som bodde alene i hovedstudien (70.7%) enn i masterstudien (53.8%). Antall aleneboende kan man anta henger sammen med alder, at det var flere enker/enkemenn i hovedstudien. I begge studier er det flest deltakere som oppgir brudd og svimmelhet/problemer med balanse som sin største helseutfordring. Ved vurdering av motivasjon for hverdagsrehabilitering før oppstart var det høy skår i begge studier (8.2 i hovedstudien og 8.9 i masterstudien).

I det følgende sammenliknes resultat i masterstudien med resultater i hovedstudien. Her må det presiseres at grunnet ulike studiedesign og analyser er ikke resultatene helt sammenlignbare. I hovedstudien ble forskjeller i sumskår analysert mellom grupper med univariant variansanalyse, mens i masterstudien ble forskjeller i endringsskår innad i en gruppe analysert

med parret t-test. Deltakerne i masterstudien viser signifikante resultater med utførelse av daglige aktiviteter, og tilfredshet med dem på alle måletidspunkt. Dette samsvarer med funn i hovedstudien hvor gruppen som fikk hverdagsrehabilitering hadde signifikante resultater på primære utfallsmål målt med COPM. Resultatene viste positive endringer i begge studier ved ti uker og seks måneder. Tilfredshet målt med COPM viste derimot hos hovedgruppen ikke signifikante resultater etter tolv måneder. Masterstudien viste fortsatt positiv bedring ved tilfredshet med daglige aktiviteter etter tolv måneder.

Ved vurdering av fysisk funksjon målt med SPPB ser vi og sammenfallende resultater i de to studiene. Ved ti uker er det signifikante resultater ved alle måletidspunkt i begge studier. Ved fysisk funksjon totalskår og deltesten reise seg målt med SPPB, viser begge grupper signifikante resultater også etter tolv måneder. Ingen av gruppene opprettholder signifikant endring av balanse etter tolv måneder.

Ved vurdering av helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L) er det kun ved personlig stell at hele gruppen skårer signifikant ved tolv måneder. I masterstudien derimot skårer deltakerne signifikant på alle dimensjoner og ved alle måletidspunkt med unntak av smerte/ubehag ved tolv måneder. Vi kan anta at aldersgruppen 18-65 år med en gjennomsnittsalder på 54 år har større mulighet for å opprettholde en bedring av treningen enn hele gruppen på 18-97 år med en gjennomsnittsalder på 78 år. Dette viser og at trening med hverdagsrehabilitering i yrkesaktiv alder er en rehabiliteringsform som opprettholder positiv endring over tid.

Hovedstudien hadde med kontrollgruppe i sin forskning. Masterstudien hadde ikke med noen kontrollgruppe i vurdering av forskningsspørsmålet. Det var signifikante funn ved sammenlikning av intervensjonsgruppe og kontrollgruppe i aldersgruppen 18-65 år etter ti uker, men disse funnene kunne ikke vektlegges da kontrollgruppen var liten. Samtidig samsvarer disse funnene med funn i resultat av forskningsspørsmålet. Funn i hovedstudien og funn i masterstudien kan konkludere med at hverdagsrehabilitering er en god rehabiliteringsmetode både for aldersgruppen 18-65 år og for hele gruppen på 18-97 år, hvor hovedvekten av deltakerne var eldre over 65 år.

5.1.4 Implikasjon for praksis

Regjeringen ønsker mer rehabilitering på kommunenivå (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Hverdagsrehabilitering er nå innført i mange kommuner. Selv om inklusjonskriterier for

hverdagsrehabilitering er personer over 18 år, har de fleste kommuner hatt fokus rettet mot eldre. Masterstudien viser positive endringer ved hverdagsrehabilitering hos yrkesaktiv alder. I masterstudien var 74.4 % av deltakerne uføre eller på arbeidsavklaring. Behov for omsorgstjenester til personer under 65 år har økt de siste årene og utgjør nå nesten 40% (Gautun, 2018). Å komme inn tidlig med rehabilitering kan bidra til å utsette eller redusere hjelpebehovet. Funnene i masterstudien viser at fokus bør rettes mer mot yrkesaktive og uføre. Hverdagsrehabilitering er allerede innført i mange av landets kommuner. Det vil ikke påføre store kostnader for kommunen med tanke på implementering ved å ha en større andel av yrkesaktive personer i hverdagsrehabiliteringsprogrammet.

Masterstudien hadde flest informanter som var uføre/på arbeidsavklaring (74.4%). Det er lite informasjon i denne studien fra de 21% av deltakerne som er i arbeid. Kjentegn for hverdagsrehabilitering er at trening skal skje i hjem eller nærmiljø. For en yrkesaktiv person kan oppgaver på arbeidsplassen være en viktig hverdagsaktivitet. En helhetlig vurdering hvor arbeidsplassen i større grad tas med i betraktning kan derfor være vesentlig for denne gruppen. Ergoterapeuter har kunnskap om bruk av aktivitet som behandling (Fisher & Marterella, 2019, p. 42) og vil i denne sammenhengen kunne bidra med en viktig kompetanse.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1. Representativitet og validitet

Data fra de 78 som fikk hverdagsrehabilitering er benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Studien undersøker personer i yrkesaktiv alder. Av deltakerne var en stor andel ufør/på arbeidsavklaring (74.4%). Det kan være at en stor andel av personer i yrkesaktiv alder som får hverdagsrehabilitering er uføre/på arbeidsavklaring. Det er vanskelig å vurdere hvor representativt utvalget er for hjemmeboende voksne med rehabiliteringsbehov/hjelpebehov. I subutvalget var det få med høyere utdanning (21.8%). Denne studien undersøker yrkesaktiv alder. Utdanning kan være en variabel som ikke gjenspeiler populasjonen av hjemmeboende som trenger rehabilitering med tanke på yrkesaktive (tabell 2).

Masterstudien inkluderte ikke kontrollgruppe i besvarelse av forskningsspørsmålet. Dette kan svekke studiens interne validitet. Hadde det vært flere deltakere i kontrollgruppen kunne man undersøkt forskjeller mellom gruppene. Til tross for liten kontrollgruppe viste det seg at intervensjonsgruppe og kontrollgruppe var tilnærmet like, og det ble gjort signifikante funn

etter 10 uker i favør av hverdagsrehabiliteringsgruppen. Hadde det vært større kontrollgruppe, spesielt ved seks og tolv måneder, hadde det vært mulig å undersøke forskjell mellom gruppene på hver enkelt variabel og se hvordan den enkelte variabel hadde påvirkning på resultatet. Med bare en intervensjonsgruppe kan vi ikke være sikre på at en endring skyldes intervensjonen. Andre utenforstående variabler kan ha påvirket utfallet. Hovedstudien ble gjort med intervensjons- og kontrollgruppe. Det påpekes at fordeling til kontroll og intervensjonsgruppe ikke har vært randomisert. Det viste seg at deltakerne var forskjellige i gruppene. Intervensjonsgruppen i hovedstudien rapporterte høyere på motivasjon for rehabilitering ved oppstart enn kontrollgruppen. Siden en del kommuner rapporterte at de kun inkluderte deltakere til hverdagsrehabilitering som var motivert, var dette ikke overraskende (Langeland et al., 2016, p. 95). Ved undersøkelse av hele utvalget til masterstudien ga begge grupper nokså lik skår på motivasjon for rehabilitering (8.9 og 8.2). Men igjen, kontrollgruppen var liten, og resultatet kan ha vært tilfeldig. Vi vet ikke hvor mye forventning til å få være i gruppen som får hverdagsrehabilitering og motivasjon har påvirket resultatene i masterstudiet siden vi kun har undersøkt intervensjonsgruppen.

5.2.2 Vurdering av måleredskaper

Det primære utfallsmålet i denne studien var å undersøke utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter. I bruk av COPM graderer personen selv aktiviteter som er utfordrende i dagliglivet og som han/hun ønsker å trene på. Man kan anta at COPM lettere vil kunne fange opp endring ved å trene med hverdagsrehabilitering siden vurdering går på aktiviteter personen selv har vurdert. En utfordring som trekkes frem i hovedstudien og som er påpekt i andre studier er at COPM som kartleggingsverktøy ved intervju før oppstart, kan ha en terapeutisk effekt uavhengig av kommende intervensjon (Sturkenboom et al., 2014; VanLeit & Crowe, 2002). COPM intervjuet kan skape bevissthet for motivasjon og endring.

Sekundære utfallsmål ble vurdert med SPPB og EQ-5D-5L. Norsk manual for SPPB ble utarbeidet i 2013 med mer brukervennlige registrerings- og scoringsark (Bergh et al., 2013). Testen er lett å forstå og utføre. Muligheten for at testresultat er påvirket av den som tar testen er dermed mindre. Ved EQ-5D-5L rapporterer personen selv. Styrken er at dette er et spørreskjema som er enkelt å besvare. Med få spørsmål kan man danne seg et bilde av personens egenopplevede helserelevante livskvalitet. En svakhet med EQ-5D-5L er at den ikke dekker psykisk funksjon like godt som fysisk funksjon.

Sammen vil de tre måleredskapene COPM, SPPB og EQ-5D-5L fange opp bredden når det gjelder viktige utfall i hverdagsrehabilitering. I COPM vurderingen innbys personen til å fortelle sin historie og gjennom samtalen får man frem personens vaner, hvordan aktiviteter utføres og hvor motivasjon og vilje ligger. I SPPB testes fysisk funksjon. Fysisk funksjon påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter. En kartlegging av fysisk funksjon er interessant for å forstå denne sammenhengen. Ganghastighet kan regnes ut med SPPB og dette kan identifiserer grad av hjelpebehov. I EQ-5D-5L graderer personen selv sin opplevelse av helserelevante livskvalitet. Personen kan skåre lavt på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, men likevel skåre høyt på helserelevante livskvalitet. Måleredskapene er vitenskapelig utprøvd og vurdert i forhold til reliabilitet, validitet og responsivitet. De kan brukes på alle aldersgrupper og diagnoser.

5.2.3 Vurdering av analysemateriale

I resultatkapittelet i kappen er funn i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen tatt med. Ved ti ukers oppfølging var begge grupper store nok til å forta signifikanstester mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Da kontrollgruppen var for liten til å kunne foreta slike tester ved seks og tolv måneders oppfølging, ble det i stedet valgt å gjøre parrete t-tester innad i intervensjonsgruppen. Siden kun intervensjonsgruppen hadde nok deltakere på alle måletidspunkt til å hente ut nok data for å sammenlikne resultater over tid, ble forskningsspørsmålet besvart uten kontrollgruppe. Dette er en svakhet med denne masterstudien.

6.0 Konklusjon

Målet med masterstudien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering, bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv. Hovedresultatet viser signifikant endring på 33 av 39 måletidspunkt. Resultater viser en signifikant bedring ved selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter ved å trene med hverdagsrehabilitering hos personer i yrkesaktiv alder, og dette vedvarer etter tolv måneder. Gruppens fysiske funksjon bedres signifikant ved alle dimensjoner og det er kun ved balanse at gruppen ikke opprettholder signifikant bedring etter tolv måneder. God fysisk funksjon påvirker aktivitetsutførelse. Fysisk funksjon har for denne gruppen stor betydning med tanke på å kunne komme i arbeid. Gruppen vurderer sin helserelaterte livskvalitet til å ha blitt bedre etter ti uker. Bedringen vedvarer og etter tolv måneder.

Det er en økende andel av personer i yrkesaktiv alder som mottar omsorgstjenester og en økende andel av yrkesaktive som blir uføre. Dette gjør det nødvendig å utvikle rehabiliteringsmetoder som har effekt på denne gruppen. Studien viser at personer i yrkesaktiv alder som får trene med hverdagsrehabilitering bedrer aktivitetsutførelse, fysisk funksjon og opplever å ha bedre livskvalitet. Klinisk implikasjon er at hverdagsrehabilitering til denne gruppen kan bidra til å redusere eller utsette omsorgstjenester til personer under 65 år. Det er ikke funnet lignende studier som undersøker hvordan personer i yrkesaktiv alder profiterer på hverdagsrehabilitering. Masterstudiens resultater tyder på at hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsmetode som gir signifikant bedring hos voksne. Studien må tolkes med varsomhet da den ikke inkluderer kontrollgruppe. Vi trenger mer forskning på et større utvalg som inkluderer kontrollgruppe.

Referanser

- Abellan van Kan, G., Rolland, Y., Anieau, S., Bauer, J., Beauchet, O., Bonnefoy, M., . . . Vellas, B. (2009). Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging, 13*(10), 881-889. doi:10.1007/s12603-009-0246-z
- Arntzen, C., Gramstad, A., & Kristiansen, H. K. (2017). Aktivitet i et hverdagsperspektiv. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvitenskap* (pp. 171-192). København: Munksgaard.
- 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>
- Borg, T., & Stabel, H. H. (2013). Hverdagslivsbegreber i ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Eds.), *Basisbog i ergoterapi* (3 ed., pp. 35-48). København: Munksgaard.
- 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. *Clin Interv Aging, 8*, 1591-1601. doi:10.2147/CIA.S44614
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn, 4*(2), 167-182. doi:10.1111/1467-9566.ep11339939
- 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 Syst Rev, 10*, Cd010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub2
- Dahl-Michelsen, T., Groven, K. S., Aadland, E., & Nitter, A. L. (2018). *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Oslo: Samlaget.
- Dickie, V., Cutchin, M. P., & Humphry, R. (2006). Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of occupational science, 13*(1), 83-93. doi:10.1080/14427591.2006.9686573
- 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
- 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
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice : a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots.
- Gautun, H. (2018). Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren. *tidsskrift for omsorgsforskning, 4*(2), 107-110. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-04
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity : self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Can J Occup Ther, 71*(5), 296-305. doi:10.1177/000841740407100509
- Hartviksen, T., & Sjøli, B. (2017). *Hverdagsrehabilitering Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Haywood, K. L., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res, 14*(7), 1651-1668. doi:10.1007/s11136-005-1743-0

- 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>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering. Retrieved from www.lovdata.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Lovfester krav til kompetanse i kommunene. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health Soc Care Community*, 25(5), 1581-1589. doi:10.1111/hsc.12324
- Håkansson, C., Morville, A.-L., & Wagman, P. (2017). Aktivitetsbalance. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 11-128). København: Munksgaard.
- Kjeken, I., & Svartrud, A. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 55(1), 11-18.
- Kristensen, H. K. (2017). Præsentation af aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 17-28). København: Munksgaard.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, 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., Kjeken, 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
- 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.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, Health and Well-Being. *Canadian journal of occupational therapy (1939)*, 65(2), 81-91. doi:10.1177/000841749806500204
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, 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 Soc Care 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 Soc Care Community*, 18(1), 91-99. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x
- Lindahl-Jacobsen, L., & Jessen-Winge, C. (2017). Meningsfulde aktiviteterets betydning for sundhed og velvære. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 61-76). København: Munksgaard.
- Lund, A., Sveen, U., Asbjørnslett, M., & Raanaas, R. K. (2017). Livsfaser, overgange og brud i relation til aktivitet. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvitenskap* (pp. 149-170). København: Munksgaard.
- Metzelthin, S. F., 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 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. *Arch Phys Med Rehabil*, *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
- Priestley, M. (2001). *Disability and the Life Course: Global Perspectives* (M. Priestley Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schütz, A. (1975). *Hverdagslivets sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- 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.29 (2012-2013). (2013). *St.meld.nr.29 Morgendagens omsorg*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling- på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Uføretrygdede. Retrieved from <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/ufore>
- Sturkenboom, I., Graff, M., Hendriks, J., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B., & Der Sanden, M. W. N.-v. P. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*, *13*(6), 557-566. doi:10.1016/S1474-4422(14)70055-9
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C. A., & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthc Policy*, *11*(4), 49-59.
- Tinetti, M. E., L. Baker, D., Gottschalk, M., Williams, C. S., Pollack, D., Garrett, P., . . . Acampora, D. (1999). Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: A randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil*, *80*(8), 916-922. doi:10.1016/S0003-9993(99)90083-7
- Tonnesen, M., Sørensen, J. B., & Nygaard Henriksen, K. (2012). *Grib hverdagen. Slutevaluering. Hverdagsrehabilitering*: Aarhus kommune, Sundhed og omsorg.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. Danmark: Munksgaard.
- Tuntland, H. (2017). *Reablement in home-dwelling older adults*. Bergen: The University of Bergen.

- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, *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.
- VanLeit, B., & Crowe, T. K. (2002). Outcomes of an occupational therapy program for mothers of children with disabilities: impact on satisfaction with time use and occupational performance. *Am J Occup Ther*, *56*(4), 402-410. doi:10.5014/ajot.56.4.402
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scand J Occup Ther*, *19*(4), 322-327. doi:10.3109/11038128.2011.596219
- 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. *Clin Rehabil*, *29*(11), 1064-1076. doi:10.1177/0269215514564894
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian occupational therapy journal*, *46*(1), 1-11. doi:10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x
- World Health Organization. (2001). *ICF, Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *JAMA*, *310*(20), 2191. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Østensjø, S., & Søberg, H. (2012). *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordnings av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Artikkel

Hverdagsrehabilitering, ikke bare for eldre.

Hvordan profiterer voksne i alderen 18-65 år på hverdagsrehabilitering?

Abstract

Background: There is a lack of research on evidence of effectiveness on adults who receive reablement.

Aim: To examine whether reablement promote positive changes in performance of daily activities and satisfaction with them, physical function, and health-related quality of life in people aged 18-65 years.

Methods: The study consisted of 78 people aged 18-65 year who received reablement. Changes were investigated at baseline-ten weeks, baseline-six month and baseline-twelve month with paired t-tests. Primary outcomes were activity performance and satisfaction with performance measured by the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Secondary outcome were physical function measured by Short Physical Performance Battery (SPPB) and health-related quality measured by European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L).

Results: Significant improvements in activity performance and satisfaction with performance measured by COPM at ten weeks ($p = < 0.001$), and significant improvements after twelve months ($p = < 0.001$). Significant improvements at physical function measured by SPPB total-score and health-related quality measured by EQ-5D-5L at ten weeks, six months, and twelve months.

Conclusion: Significant improvements in daily activities, physical function and health-related quality of life after receiving reablement at ten weeks follow up. The results are also significant after twelve months.

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

INNLEDNING

De siste tiårene har behovet for omsorgstjenester til brukere under 67 år økt, og utgjør nå nesten 40 prosent av de som mottar tjenester innen helse og omsorg (Gautun, 2018). Å komme inn tidlig med kartlegging av rehabiliteringspotensial og dermed kunne starte opp raskt med intensiv trening, kan gi økt mestring. Det kan forebygge og utsette ytterligere funksjonsfall og redusere hjelpebehovet. Rehabilitering har et livsløpsperspektiv hvor personen skal opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig utfra mestring gjennom egne ønsker og mål. Regjeringen fremhever hverdagsrehabilitering som et eksempel på at tidlig innsats, hvor personen får være med å påvirke sin rehabilitering, gir økt mestring og livskvalitet (St.meld.29 (2012-2013), 2013). For personer i yrkesaktiv alder er det å kunne stå i arbeid en viktig hverdagsaktivitet. Solvang (2019) mener arbeid gir for de fleste struktur i hverdagen, økonomisk trygghet, sosial status og anerkjennelse. I hverdagsrehabilitering velger personen daglige betydningsfulle aktiviteter hvor målet er å forbedre utførelsen av aktivitetene. En hverdag hvor de daglige aktivitetene kan utføres i tråd med egne ønsker og mål kan styrke livskvaliteten.

Hverdagsrehabilitering fremheves med eget kapittel i St. meld. 29, Morgendagens Omsorg (St.meld.29 (2012-2013), 2013). Hverdagsrehabilitering er en form for hjemmebasert rehabilitering. Hovedmålet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter blant hjemmeboende personer med behov for rehabilitering. Opptrening skjer i hjem eller nærmiljø (Tuntland & Ness, 2014). Det er nylig utarbeidet en felles internasjonal definisjon av hverdagsrehabilitering:

Reablement is a personcentred, 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, p. 11).

Definisjonen fremhever personspesifikk trening 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. Rehabiliteringen kan brukes på alle aldergrupper og diagnoser.

Flere kommuner har opprettet hverdagsrehabiliteringsteam med ergoterapeut med i teamet (Langeland et al., 2016). Ergoterapeuter har kompetanse på tilrettelegging og universell utforming av hjem og nærmiljø. De har i sitt fag økt kunnskap på aktivitet som metode i rehabilitering (Fisher & Marterella, 2019). Med det økende fokuset på tjenestetiltak i kommunene, har myndighetene sett at faggruppen er nødvendig å ha i alle kommuner. Fra 2020 ble det lovpålagt å tilby ergoterapi i alle kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Hverdagsrehabilitering er innført i mange vestlige land. Tilbudet har noe ulikt innhold i de ulike landene (Doh, Smith, & Gevers, 2019). Hovedfokuset har til nå vært rettet mot eldre. Ved litteratursøk på tidligere forskning innen hverdagsrehabilitering, finner vi studier med en overvekt av eldre informanter. Seks systematiske oversikter og åtte enkeltstudier er i forkant av masterstudien vurdert, for å se på effekt av hverdagsrehabilitering. Vurdering av effekt av hverdagsrehabilitering ved selvstendighet i daglige aktiviteter er her vurdert i fem systematiske oversikter og to enkeltstudier. Studiene viser motstridende funn på økt selvstendighet ved å få hverdagsrehabilitering. Tre systematiske oversiktene, viser beskjeden effekt på bedret selvstendighet i daglige aktiviteter (Cochrane et al., 2016; Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer, & Ashe, 2017; Whitehead, Worthington, Parry, Walker, & Drummond, 2015). To andre systematiske oversikter kunne 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 i sine resultater (Langeland et al., 2019; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015).

To systematiske oversikter og syv enkeltstudier som undersøkte om fysisk funksjon har effekt på hverdagsrehabilitering er vurdert. Av enkeltstudiene kunne fem vise til at hverdagsrehabilitering har effekt på fysisk funksjon (Langeland et al., 2019; Lewin & Vandermeulen, 2010; Mjøsund, Moe, Burton, & Uhrenfeldt, 2020; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013; Tinetti et al., 1999) Den systematiske oversikten (Pettersson & Iwarsson, 2017) og tre studier (Burton, Lewin, Clemson, & Boldy, 2013; Lewin et al., 2013; Tuntland et al., 2015) kunne ikke konkludere med at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på fysisk funksjon.

I tre systematiske oversikter og to enkeltstudier er det undersøkt om hverdagsrehabilitering bedrer helserelatert livskvalitet (Cochrane et al., 2016; Langeland et al., 2019; Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012; Pettersson & Iwarsson, 2017; Tessier et al., 2016). Studiene viste en positiv effekt på livskvalitet, men siden hverdagsrehabilitering har en holistisk tilnærming, hvor flere faktorer spiller inn eksempelvis samarbeid og tillitt til trener, var det usikkert om livskvaliteten øker som en følge av hverdagsrehabilitering eller om en økning kan skyldes annen personlig oppfølging.

Av de 14 studiene over som her er vurdert for å se på effekt av hverdagsrehabilitering, har kun tre studier med personer fra 18 år (Langeland et al., 2019; Tuntland et al., 2015; Whitehead et al., 2015). De andre studiene inkluderer personer fra 65 år og oppover. Det ble ikke funnet

studier som kun har personer i yrkesaktiv alder (18-65 år) med i sine studier ved undersøkelse av effekt av hverdagsrehabilitering.

Forskningen til Langeland og medforfattere 2019 (Langeland et al., 2019) viser signifikant bedring på flere områder ved intervensjon av hverdagsrehabilitering. Studien har flest eldre informanter med en gjennomsnittsalder på 78 år. Siden denne studien som ble foretatt i Norge i 2013-2016 viser god effekt på flere områder ved hverdagsrehabilitering er det nærliggende å tro at personer i yrkesaktiv alder og vil oppnå positiv endring på de ulike vurderingsområdene ved å få hverdagsrehabilitering. Med dette som bakgrunn er det interessant å undersøke hvilke resultater personer under 65 år viser ved å få hverdagsrehabilitering.

Målet med studien er å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet etter ti uker og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv.

METODE

Design og kontekst

Masterstudien er en kvantitativ studie med longitudinelt design. Forsknings spørsmålet ble besvart med data hentet fra en klinisk kontrollert studie gjort i 2013-2016 (Langeland et al., 2016). Utvalget benyttet i denne masterstudien, er et subutvalg fra det store utvalget. Alle personer over 65 år ble fjernet fra utvalget.

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 CHARM på oppdrag fra Helsedirektoratet. Forskere skulle se på effekten av tiltak til brukere, økonomisk effekt for kommunen, gode

modeller for tiltak, faglig forsvarlighet og i hvilken grad prosjektene sikrer implementering i ordinær drift. Det var 833 deltakere (712 i intervensjonsgruppen og 121 i kontrollgruppen) fra 43 kommuner som hadde søkt og fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, som var med i studien. Deltakerne ble vurdert ved oppstart, etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Ved effekt av tiltak var målet å undersøke i hvilken grad hverdagsrehabilitering gir økt egenmestring/selvhjulpenhet og hvordan effekten virker over tid. Intervensjonsgruppen fikk hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen fikk standard tjenester som kunne bestå av personlig eller praktisk assistanse, matlevering, trygghetsalarm eller tekniske hjelpemidler.

Hverdagsrehabiliteringsgruppen ble rekruttert fra 36 kommuner. Åtte kommuner hadde ikke startet med hverdagsrehabilitering i 2014. Disse ble inkludert til kontrollgruppen frem til de startet med hverdagsrehabilitering. I tillegg hadde tre kommuner to soner hvor en sone var kontrollgruppe og en sone intervensjonsgruppe. Detaljer om studien og resultatene fra den kliniske kontrollerte studien er publisert (Langeland et al., 2019).

Informanter

I denne masteroppgaven ble data fra deltakere i aldersgruppen 18-65 år hentet ut. Av de 833 deltakerne var 90 personer under 65 år, 78 i intervensjonsgruppen og tolv i kontrollgruppen. Forskningsspørsmålet ble besvart med data hentet fra de 78 i intervensjonsgruppen som fikk hverdagsrehabilitering. Deltakerne kom fra 23 ulike kommuner.

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 klar og orientert.

Eksklusjonskriterier var personer i terminal fase og personer som ble vurdert til å ha behov for sykehjemsplass eller dag/døgntilbud for rehabilitering (Langeland et al., 2016, p. 30).

Datainnsamling

Informantene oppga alder, kjønn, sivil status, utdanningsnivå og om de bodde alene. De skulle og oppgi sin hoveddiagnose/største helse-utfordring. Før oppstart skulle informantene skåre hvor motivert de var for rehabilitering på en skala fra 1-10 med 10 som mest motivert.

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

Primære utfallsmål

COPM ble benyttet for å måle primære utfallsmål som er utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med utførelsen. COPM er et klientsentrert vurderingsredskap som er utformet for å fange opp endringer i en persons selvrapporterte vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid. COPM ble opprinnelig laget for ergoterapeuter, men brukes av mange profesjoner og tverrfaglig behandlingsteam (Law et al., 2015). Undersøkelsen utføres som et semistrukturert intervju, hvor personen beskriver aktivitetsproblemene. Gjennom en førstegangssamtale er hovedfokuset i COPM å identifisere daglige aktiviteter som personen opplever som utfordrende men meningsfulle å trene på og forbedre. COPM benyttes som en del av vurderingen ved oppstart for å kunne gi et godt grunnlag for 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 med 10 som veldig viktig på hvor viktig det er å kunne utføre aktiviteten. 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 inntil fem aktivitetene. Her brukes også skaleringskort 1-10 med 10 som best. Totalskår regnes ut ved å legge sammen antall poeng for utførelse og dele på antall aktiviteter og legge sammen antall poeng for 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 på utførelse og tilfredshet av de fem valgte aktivitetene. I dette studiet gjøres revurdering etter ti uker, seks og tolv måneder. Man kan regne ut forskjell i utførelse og tilfredshet ved å trekke summen fra første tidspunkt fra tilsvarende sum under andre tidspunkt. Man kan og regne ut endring eller manglende endring ved å trekke fra totalskår i utførelse og tilfredshet første gang med totalskår for utførelse og tilfredshet andre gang.

COPM er valid, reliabelt og et anvendbart vurderingsredskap (Carswell et al., 2004). En studie i hverdagsrehabilitering hos eldre viser adekvate funn på validitet, responsivitet og gjennomførbarhet. Den anbefaler tre poeng som endring for å være en klinisk relevant bedring eller forverring i hverdagsrehabilitering med eldre (Tuntland, Aaslund, Langeland, Espehaug, & Kjekken, 2016). COPM egner seg til ulike aldersgrupper og klientgrupper (McColl, Paterson, Davies, Doubt, & Law, 2000).

Sekundære utfallsmål

Fysisk funksjon ble målt med SPPB som er en test for vurdering av fysisk funksjon hos eldre. SPPB vurderer balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i bena. Testen består av tre deler: Statisk balanse hvor 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. Ved fire meter gangtest i vanlig tempo skal personen gå fire meter over gulvet med sin vanlige ganghastighet. Ved reise/sette seg i raskt tempo fem ganger skal personen reise/sette seg fra kjøkkenstol uten

armene 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. Personen skårer hver dimensjon fra 0-4 med 4 som best funksjon. Skåren legges sammen til en totalskår som varierer fra 0-12 (Bergh et al., 2013). Ganghastighet er ikke en del av orginaltesten. Den vurderes under gangtest. Ganghastighet måles ved å dele distansen på tiden personen har brukt. Ganghastighet kan brukes som en egen test for å måle helse og funksjon hos eldre (Abellan van Kan et al., 2009). En ganghastighet > 1.0 meter i sekundet vurderes som normal, ganghastighet på 0.6-1.0 meter i skundet vurderes som begynnende funksjonssvikt og ganghastighet < 0.6 meter i sekundet vurderes som skrøpelig (Studenski et al., 2003). Freiberger med flere har vurdert SPPB til å være en reliabel og valid test (Freiberger et al., 2012). Den er brukt i store prospektive studier der den viser å ha en godt dokumentert evne til å predikere funksjonsnivå frem i tid som igjen kan si noe om hjelpebehov og funksjonstap.

EQ-5D-5L ble benyttet for å vurdere helserelatert livskvalitet. EQ-5D-5L er et vurderingsredskap som består av EQ-5D-5L index og EQ-5D-5L visuell analog skala (VAS) (Euroqol-group, 1990). EQ-5D-5L 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. En reduksjon i skår indikerer bedring. EQ-5D-5L VAS måler den totale helseskåren der personen vurderer på en skala fra 1-100 med 100 som best, hvordan helsen er i dag. En strukturert gjennomgang av EQ-5D-5L konkluderer med god evidens for validitet og reliabilitet (Haywood, Garratt, & Fitzpatrick, 2005).

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, p. 29). Alle deltakerne i studiet ble intervjuet med COPM før 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. Intervjuet startet med spørsmålet: hva er de viktigste aktivitetene i livet ditt nå? For hverdagsrehabiliteringsgruppen ble det etter kartlegging og målsetting laget plan med 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 variasjon på tre til ti uker.

Statistiske analyser

I hovedstudien ble styrkeberegninger gjort for å vurdere hvor stort utvalg som var nødvendig for å kunne hente ut sikre og pålitelige funn fra dataene. Alle deltakerne ble vurdert med COPM intervju. Styrkeberegninger som ble gjort i hovedstudien ut fra COPM skårene, tok hensyn til at deltakerne til intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen ikke var randomiserte (ikke tilfeldig fordelt) og at antall deltakerne i intervensjonsgruppen var tre til fire ganger så høy som kontrollgruppen. Det ble satt et mål om å oppdage en forskjell på ett poeng i COPM utførelse mellom gruppene med en styrke på 80% og et signifikantnivå på 5% eller mindre. For å kunne gjøre en effektstudie med kontrollgruppe burde man ha minimum 107 i kontrollgruppen og 400

deltakere i intervensjonsgruppen (Langeland et al., 2016). Subutvalget benyttet i dette masterprosjektet har derimot kun 90 deltakere i yrkesaktiv alder, 78 i intervensjonsgruppen og tolv i kontrollgruppen. Masterstudien støtter seg på styrkeberegninger som er gjort i hovedstudien. Med dette antallet ville det ikke kunne hentes ut sikre og pålitelige funn ved å sammenlikne gruppene grunnet for få deltakere i kontrollgruppen. Det ble derfor valgt å gjøre parrete t-tester for intervensjonsgruppen for å kunne sammenlikne resultater fra oppstart og over tid.

Ved presentasjon av deltakerne ble hver kategoriske variabel presentert med antall og prosent. Kontinuerlige variabler ble presentert med sentraltendens og variasjon. Normalfordelte kontinuerlige variabler ble presentert med gjennomsnitt og standardavvik (SD) og ikke normalfordelte variabler med median og minimum/maksimum.

Parret t-test ble benyttet for å se om det var signifikant forskjell på måletidspunktene hos hverdagsrehabiliteringsgruppen. En parret t-test undersøker om gjennomsnittlig differanse fra test til retest er signifikant forskjellig fra 0 (Pallant, 2016). Siden det er flere enn 30 deltakere på alle måletidspunkt, er det benyttet parrete t-tester selv med enkelte ikke-normalfordelte data (Pallant, 2016, p. 250).

Cohen's D er beregnet for å vise hvor stor endringen er mellom de ulike måletidspunktene i hverdagsrehabiliteringsgruppen. Utregning er gjort ved å ta gjennomsnitt andre måling minus gjennomsnitt første måling delt på standardavviket. Cohen definerer endringsstørrelsen som liten ved 0.2, middels ved 0.5 og stor ved 0.8 (Pallant, 2016). Dataene ble analysert ved å benytte dataprogrammet IBMSPSS-Statistical Package for the Social Sciences. Statistisk signifikans var satt til $p < 0.05$.

Etiske godkjenninger

Følgeevalueringen som denne masterstudien 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. Deltakerne fikk informasjon om studien og underskrev en erklæring hvor hensikt med studien var beskrevet og hvor de kunne trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn.

RESULTAT

Beskrivelse av deltakerne

Tabell 1 beskriver de 78 deltakerne i alderen 18-65 år som fikk hverdagsrehabilitering. Gjennomsnittsalder i utvalget var 54 år. Hele 74.4% (n= 58) var uføretrygdet eller på arbeidsavklaring. Det var jevn fordeling mellom kvinner og menn (kvinner = 53.8%). Det var stor motivasjon for hverdagsrehabilitering i gruppen før oppstart.

Tabell 1: Deltakere ved oppstart.

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)
Ganghastighet meter/sekund SPPB, gjennomsnitt (standardavvik)	0.62 (0.32)
Helsen i dag EQ-5D-5L, skala 1-100, 100 er best, gjennomsnitt (SD)	38.9 (20.34)

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

SPPB: Short Physical Performance Battery. Gange, reise/sette seg og ganghastighet: skala 1-4, 4 er best. Totalskår 1-12, 12 er høyest.

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

Det var rapportert frafall på deltakere i hovedstudien. 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. Ved avsluttet datainnsamling i desember 2015 hadde ikke alle i intervensjonsgruppen rukket tolv måneders kartlegging (Langeland et al., 2016, p. 42), noe som medvirket til at frafallet var størst ved dette måletidspunktet.

Deltakernes største helseutfordring er vist i Tabell 2. Det var 14,1% (n=11) som oppga svimmelhet/problem med balanse som største helseproblem og 12.8% (n= 10) som oppga brudd som største helseutfordring. De fleste hadde i tillegg to andre helseutfordringer. Kategorien annet som utgjør 6.4% (n= 5), inkluderte ulike helseproblemer som ikke passet inn i de andre forhåndsdefinerte kategoriene.

Tabell 2: Deltakernes største helseutfordring ved oppstart.

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)

Primære utfall

Endring mellom måletidspunkt oppstart-ti uker, oppstart-seks måneder og oppstart-tolv måneder er gjort med parret t-test vist i tabell 3. Utførelse av daglige aktiviteter, vurdert med COPM, viser signifikant bedring mellom alle måletidspunktene ($p < 0.001$ på alle måletidspunkt). Det var stor endring mellom alle måletidspunkt ($D = 1.32, 1.31, 0.93$).

Tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter vurdert med COPM, viste og signifikant bedring mellom alle måletidspunktene ($p = <0.001$ på alle måletidspunkt) med stor effektstørrelse ($D = 1.43, 1.39, 1.12$) (Tabell 3).

Sekundære utfall

Når det gjelder fysisk funksjon målt med SPPB viser resultatene signifikant bedring ved dimensjonene gange, reise/sette seg og ganghastighet ved alle måletidspunkt. SPPB totalskår viser fra oppstart til ti uker en gjennomsnittlig bedring ved fysisk funksjon på 1.76 poeng (95% KI = 1.06, 2.47). Totalskår av fysisk funksjoner signifikant også etter seks måneder ($p = <0.001$). Etter tolv måneder har bedringen avtatt noe, men funn viser fortsatt signifikante resultater på fysisk funksjon med en bedring på 1.67 poeng (95% KI = 0.69, 2.64). Det var ingen signifikant bedring ved balanse etter seks måneder og tolv måneder (Tabell 3).

Resultat av helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser ved gange, vanlige gjøremål og personlig stell, signifikant bedring mellom alle måletidspunkt (Tabell 3). Ved vurdering av angst/depresjon viser resultatene ingen signifikant bedring etter ti uker, men signifikant gjennomsnittlig bedring fra oppstart til seks måneder på -0.34 ($p = <0.001$, 95% KI = -0.56, -0.12) og gjennomsnittlig bedring fra oppstart til tolv måneder på -0.54 ($p = <0.001$, 95% KI = -0.80, -0.27). Totalskår på hvordan helsen oppleves i dag viser signifikant gjennomsnittlig bedring fra oppstart til ti uker på 13.20 ($p = <0.001$, 95% KI = 8.26, 18.14). Fra oppstart til tolv måneder er det fortsatt signifikant resultat med en gjennomsnittlig bedring på 14.40 ($p = <0.001$, 95% KI = 6.25, 22.55). Det er ingen signifikant endring i smerte/ubehag på noen måletidspunkt.

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

	N=78	Gjennomsnitt differanse (95% Konfidensintervall (KI))	p-verdi	Endringsstørrelse (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
Ganghastighet SPPB				
10 uker-oppstart	62	0.45 (-0.79, -0.11)	0.009	0.34
6 mnd.-oppstart	54	0.62 (-1.01, -0.24)	0.002	0.45
12 mnd.-oppstart	35	0.49 (-0.92, -0.06)	0.02	0.39
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	-0.069 (-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

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. Ganghastighet m/s

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

DISKUSJON

Målet med studien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv. Så vidt meg bekjent er det ikke tidligere påvist funn hvor voksne i aldersgruppen 18-65 år, har signifikant bedring ved å få trening med hverdagsrehabilitering. Tidligere forskning viser funn med positiv effekt av hverdagsrehabilitering hos eldre (Langeland et al., 2019; Tuntland et al., 2015), men det er ikke publisert forskning som viser hvordan personer i yrkesaktiv alder påvirkes av hverdagsrehabilitering.

Hovedfunnene i denne studien viser at personer i alderen 18-65 år, bedrer sin hverdag ved å trene med hverdagsrehabilitering og de opprettholder bedringen over tid. Ved egen vurdering av utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter målt med COPM, skårer gruppen signifikant etter ti uker. Ved vurdering etter tolv måneder viser resultatene også signifikant bedring ved vurdering av utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter. Fysisk funksjon målt med SPPB viser ved gange og reise/sette seg signifikant bedring ved alle måletidspunkt. Balanse målt med SPPB viser signifikant bedring etter ti uker. Totalskår målt med SPPB viser signifikant bedring ved alle måletidspunkt. Egen vurdering av helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser ved gange, personlig stell og vanlige gjøremål signifikant bedring ved alle måletidspunkt. Vurdering av helserelatert livskvalitet, helsen i dag (VAS) målt med EQ-5D-5L viser også signifikant bedring ved alle måletidspunkt.

Endringer når det gjelder COPM vil her bli drøftet mer i detalj. Deltakerne i masterstudien viste bedring i utførelse målt med COPM på alle måletidspunkt. Bedring ved måletidspunktene på utførelse er ved ti uker 2.98 i sumskår, ved seks måneder 3.32 poeng og ved tolv måneder 2.71

poeng. I en studie ble validitet, responsivitet og gjennomførbarhet av COPM vurdert i bruk med hverdagsrehabilitering hos eldre. Resultater i studien viser adekvate funn på disse områdene. Den anbefaler tre poeng som endring for å være en klinisk relevant bedring eller forverring i hverdagsrehabilitering med eldre (Tuntland et al., 2016). Resultatene i masterstudien viser en klinisk relevant bedring i utførelse av hverdagsaktiviteter ved seks måneder. Når det gjelder vurdering av tilfredshet med daglige aktiviteter, viser aldersgruppen 18-65 år over tre poengs bedring på alle måletidspunkt. Bedringsskåren ved tilfredshet ved ti uker er 3.37, ved seks måneder 3.87 og ved tolv måneder 3.47. I to andre studier som har undersøkt effekt av hverdagsrehabilitering viser studiene ustabile resultater ved vurdering av tilfredshet. I en studie fra Voss kommune var det ingen signifikant endring i skår ved seks måneder (Tuntland et al., 2015) og i hovedstudien var det ingen signifikant endring i skår ved tolv måneder (Langeland et al., 2019). Siden det er en signifikant bedring på over tre poeng både ved ti uker, seks måneder og tolv måneder i denne studien, betyr det at personer i yrkesaktiv alder profitterer på hverdagsrehabilitering når det gjelder tilfredshet med hvordan aktivitetene utføres.

Når det gjelder bedring av fysisk funksjon målt med SPPB, viser resultatene at deltakerne har en gjennomsnittlig bedring etter tolv måneder på 1.67 poeng. I følge SPPB manualen er det en klinisk relevant bedring med skår på ett poengs forbedring (Bergh et al., 2013). Dette viser at personer i aldersgruppen 18-65 år bedrer fysisk funksjon og de opprettholder sin fysiske funksjon etter ett år. Det er ikke funnet studier som kun har undersøkt aldersgruppen 18-65 år når det gjelder bedring av fysisk funksjon grunnet hverdagsrehabilitering. Det er derfor vanskelig å sammenlikne med tidligere forskning. Funn i studier hvor SPPB er brukt til undersøkelse av fysisk funksjon ved hverdagsrehabilitering, viser en positiv bedring i fysisk funksjon hos voksne og eldre (Langeland et al., 2019; Parsons et al., 2013). En scopingreview som har vurdert fysisk funksjon med andre metoder, kan og vise til positiv effekt av fysisk

funksjon ved å få hverdagsrehabilitering (Mjøsund et al., 2020). Ganghastighet viser en gjennomsnittlig ganghastighet på 0.62 m/s etter seks måneder. Dette indikerer i følge SPPB, selvhjulpenhet i ADL (Bergh et al., 2013). Gruppens resultater går ned etter tolv måneder. Gjennomsnittlig ganghastighet etter tolv måneder på 0.49 m/s, indikerer redusert mobilitet.

Deltakernes egen vurdering helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L, viser signifikante resultat på alle måletidspunkt ved gange, personlig stell, vanlig gjøremål og egen vurdering av helsen i dag (VAS). Gruppens egen vurdering av angst og depresjon var også signifikant etter seks og tolv måneder. Resultatene viser at deltakerne opplever å få økt livskvalitet etter intervensjon med hverdagsrehabilitering. Helserelatert livskvalitet sett under ett har en positiv påvirkning på aldersgruppen 18-65 år. Tidligere studier hvor helserelatert livskvalitet er undersøkt ved intervensjonen hverdagsrehabilitering hos voksne og eldre, kan og konkludere med positiv effekt (Langeland et al., 2019; Parsons et al., 2012).

I sammenlikning av masterstudien med den kliniske kontrollerte studien (Langeland et al., 2019) er det stor forskjell i gjennomsnittlig alder i de to studiene. I hovedstudien var gjennomsnittlig alder 78 år, i masterstudien var gjennomsnittlig alder 54 år. Det er en positiv bedring ved utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter i begge studier. I den kliniske studien var bedringen på over tre poeng ved alle måletidspunkt ved både utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med dem. Bedringen hos personer i yrkesaktiv alder er under tre poeng ved utførelse etter ti uker og etter tolv måneder. Når det gjelder fysisk funksjon viser begge studier bedring ved gange, reise/sette seg og totalskår av fysisk funksjon både ved ti uker og seks måneder. Ingen av gruppene opprettholder signifikant bedring etter tolv måneder. Angst/depresjon målt med EQ-5D-5L viser i masterstudien signifikant bedring etter seks og tolv måneder, men ikke etter ti uker. Resultater i den kliniske kontrollerte studien viste ingen

signifikant forskjell mellom gruppene ved angst/depresjon målt med EQ-5D-5L (Langeland et al., 2019). Ved vurdering av helserelatert livskvalitet (VAS) målt med (EQ-5D-5L) viser begge grupper en positiv bedring både ved ti uker og seks måneder. Aldersgruppen 18-65 år opprettholder bedringen også etter tolv måneder. Personlig stell vurdert med EQ-5D-5L derimot, vurderes av begge grupper til å ha god bedring både ved ti uker, seks og tolv måneder.

Sammenlikning av hverdagsrehabiliteringsgruppen i den kliniske studien og gruppen i masterstudien, viser påfallende stort samsvar mellom gruppene. Hverdagsrehabilitering bedrer utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med aktivitetene. Fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet bedres og i begge grupper. Deltakere i masterstudien opprettholder bedringen etter tolv måneder på flere områder enn hele gruppen. At personer i yrkesaktiv alder har positiv bedring etter tolv måneder på flere områder enn i hovedgruppen kan vi anta henger sammen med alder.

For praksisfeltet kan hverdagsrehabilitering til personer i yrkesaktiv alder kunne bidra til å bremse det økende behovet for omsorgstjenester til personer under 65 år (Gautun, 2018). Hele 74.4% av deltakerne i masterstudien var uføre eller på arbeidsavklaring. Å komme inn tidlig med rehabilitering, kan bidra til å utsette eller redusere hjelpebehovet. Funnene i masterstudien viser at fokus bør rettes mer mot yrkesaktive og uføre. Regjeringen fremhever hverdagsrehabilitering som et eksempel på at tidlig innsats, hvor personen får være med å påvirke sin rehabilitering, gir økt mestring og livskvalitet (St.meld.29 (2012-2013), 2013). Regjeringen ønsker også mer rehabilitering på kommunenivå (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Siden hverdagsrehabilitering allerede er innført i mange kommuner, vil det ikke påføre store kostnader for kommunen med tanke på implementering ved å ha en større andel av yrkesaktive personer 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 for personen og samfunnsøkonomisk for kommunen. Ergoterapi ble lovpålagt i alle kommuner fra 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette gir ergoterapeuter en mulighet til å være med i utviklingen av nye tiltak og tjenester i kommunen. Ergoterapeuter er i mange kommuner en viktig brikke i et hverdagsrehabiliteringsteam og kan bidra med sin kompetanse på aktivitet som metode i rehabilitering.

Studiens styrker med tanke på representativitet er et utvalg med deltakere fra 23 kommuner. Dette viser tross alt en viss representativitet på landet som helhet. Når vi ser på vurderingsredskapene, har COPM, SPPB og EQ-5D-5L ulike metoder å gjøre undersøkelsen på. Vurderingsredskapene fanger opp bredden når det gjelder viktige utfall i hverdagsrehabilitering. COPM som vurderingsredskap bidrar til å få frem personens ønsker og mål. Personen setter selv mål ut fra valgte aktivitetsutfordringer. SPPB er en robust screeningtest som undersøker fysisk funksjon. En kartlegging av fysisk funksjon er interessant for å forstå sammenhengen mellom utfordrende aktiviteter og motorisk funksjon. EQ-5D-5L hvor personen selv vurderer sin helse relaterte livskvalitet fanger opp hvordan personen opplever sin hverdag og kvaliteten på den. Måleredskapene er vitenskapelig utprøvd og vurdert i forhold til reliabilitet, validitet og responsivitet. De kan brukes på alle aldersgrupper og diagnoser.

Denne studiens begrensninger er først og fremst at funn er undersøkt uten å kunne gjøre sammenlikninger med en kontrollgruppe. Vi kan ikke være sikre på at endringen skyldes intervensjonen eller kan være påvirket av andre faktorer. Når det gjelder deltakere var en stor andel uføre eller på arbeidsavklaring (74.4%). Vi vet ikke om deltakerne nylig har blitt uføre eller om de nylig har vært i arbeid. Det er vanskelig å vurdere hvor representativt utvalget er

for hjemmeboende voksne med rehabiliteringsbehov/hjelpebehov. Utvalget består av 78 deltakere. Gruppens deltakere reduseres underveis. Resultater ved tolv måneder er vist med data fra 33-37 deltakere. Ved avsluttet datainnsamling i desember 2015 hadde ikke alle deltakerne rukket tolv måneders kartlegging, noe som medvirket til størst frafall ved dette måletidspunktet (Langeland et al., 2016, p. 42). Med tanke på representativitet, er antall deltakere ved tolv måneders måling, en liten gruppe.

Sett ut fra studiedesignets begrensninger, krever temaet mer forskning med en kontrollgruppe inkludert, hvor man har mulighet til å undersøke årsakssammenhenger. Det kunne også være interessant å undersøke om hverdagsrehabilitering kan påvirke utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter for raskere å kunne komme tilbake til arbeid for yrkesaktive.

KONKLUSJON

Målet med studien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som får hverdagsrehabilitering bedrer sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet og om dette vedvarer i et tolv måneders perspektiv. Masterstudien viser at personer i yrkesaktiv alder har en signifikant bedring på utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter ved å trene med hverdagsrehabilitering og dette vedvarer etter tolv måneder. Gruppens fysiske funksjon bedres signifikant etter ti uker. Denne gruppen opprettholder signifikant bedring ved fysisk funksjon etter tolv måneder. De vurderer sin egen helserelaterte livskvalitet til å være bedre etter ti uker. Dette vedvarer og etter tolv måneder. Med en økende andel av personer i yrkesaktiv alder som mottar omsorgstjenester og en økende andel av yrkesaktive som blir uføre, er det nødvendig å utvikle rehabiliteringsmetoder som har effekt på denne gruppen. En klinisk implikasjon av denne studien er at hverdagsrehabilitering til denne gruppen kan bidra til å redusere eller utsette

omsorgstjenester til personer under 65 år. Det er ikke funnet lignende studier som undersøker hvordan personer i yrkesaktiv alder profitterer på hverdagsrehabilitering. Denne studien er enestående i så måte. Resultatene tyder på at voksne i yrkesaktiv alder profitterer på hverdagsrehabilitering på en rekke områder og i et langtidsperspektiv, men studien er utført uten kontrollgruppe og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Vi trenger mer forskning på dette området som inkluderer et større utvalg.

Referanser

- Abellan van Kan, G., Rolland, Y., Anieau, S., Bauer, J., Beauchet, O., Bonnefoy, M., . . . Vellas, B. (2009). Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging*, *13*(10), 881-889. doi:10.1007/s12603-009-0246-z
- 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>
- 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. *Clin Interv Aging*, *8*, 1591-1601. doi:10.2147/CIA.S44614
- 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. *Can J Occup Ther*, *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 Syst Rev*, *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
- 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
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice : a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots.
- Freiberger, E., de Vreede, P., Schoene, D., Rydwik, E., Mueller, V., Frändin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age Ageing*, *41*(6), 712-721. doi:10.1093/ageing/afs099
- Gautun, H. (2018). Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren. *tidsskrift for omsorgsforskning*, *4*(2), 107-110. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-04
- Haywood, K. L., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*, *14*(7), 1651-1668. doi:10.1007/s11136-005-1743-0
- 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>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Lovfester krav til kompetanse i kommunene. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>
- 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

- 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., Knuiman, 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 Soc Care 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 Soc Care 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. *Can J Occup Ther*, 67(1), 22-30. doi:10.1177/000841740006700105
- Metzelthin, S. F., 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 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. *Arch Phys Med Rehabil*, 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
- 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.29 (2012-2013). (2013). *St.meld.nr.29 Morgendagens omsorg*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet
- Studenski, S., Perera, S., Wallace, D., Chandler, J. M., Duncan, P. W., Rooney, E., . . . Guralnik, J. M. (2003). Physical Performance Measures in the Clinical Setting. *J Am Geriatr Soc*, 51(3), 314-322. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51104.x
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C. A., & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthc Policy*, 11(4), 49-59.
- Tinetti, M. E., L. Baker, D., Gottschalk, M., Williams, C. S., Pollack, D., Garrett, P., . . . Acampora, D. (1999). Home-based multicomponent rehabilitation program for older

- persons after hip fracture: A randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 80(8), 916-922. doi:10.1016/S0003-9993(99)90083-7
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 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. *Clin Rehabil*, 29(11), 1064-1076. doi:10.1177/0269215514564894

Vedlegg 1: Mal for vitenskapelig artikkel

Mal for vitenskapelig artikkel til tidsskriftet Ergoterapeuten

- Artikkelen skal være på inntil 6500 ord inkludert abstrakt, men ikke tabeller og figurer.
- Artikkelen kan være skrevet på norsk, dansk eller engelsk.
- Abstraktet skal være inntil 200 ord. Abstraktet skal uansett språk i artikkel være på engelsk.
- Referanse skal være skrevet i henhold til APA-(versjon 5) eller Vancouver stil (se egen artikkel om dette). Forfatterne har selv ansvar for å sette seg inn i disse retningslinjene.
- Artikkelens struktur anbefales å være. Introduksjon, metode, resultat, diskusjon.
- Linjeavstand: dobbel, skriftstørrelse 12, skrivestil Times New Roman
- Tabeller og figurer sendes som vedlegg.
- Det skal gjøres rede for at det ikke er uenigheter forfatterne imellom om rettigheter til artikkelen.
- Det må gjøre rede for om den bakenforliggende studien for artikkelen har godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller NSD, eller er meldt til det lokale personvernombudet.
- Vitenskapelige artikler som publiseres i ergoterapeuten, skal ikke ha vært publisert i andre tidsskrifter tidligere, verken nasjonale eller internasjonale.

Vedlegg 2: Sammenlikning av grupper

Tabell 5: Gjennomsnittsskår på utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter (COPM) ved oppstart, ti uker, seks og tolv måneder.

Måletidspunkt	Gruppe	n	Utførelse		Tilfredshet	
			Gjennomsnitt sumskår*	SD	Gjennomsnitt sumskår*	SD
Oppstart	Kontroll	12	3.98	2.72	3.74	2.23
	Intervensjon	78	3.11	1.31	2.55	1.48
10 uker	Kontroll	11	3.99	2.40	4.04	2.89
	Intervensjon	64	6.04	1.99	5.94	2.01
6 måneder	Kontroll	10	5.63	2.07	5.13	2.81
	Intervensjon	56	6.26	2.35	6.33	2.42
12 måneder	Kontroll	8	5.60	2.32	5.58	2.33
	Intervensjon	37	5.76	2.65	6.12	2.87

*Skala 1-10, 10 er best

Tabell 6: Gjennomsnittspoeng på dimensjoner og totalskår på fysisk funksjon (SPPB) ved oppstart, ti uker, seks og tolv måneder.

Måletidspunkt	Gruppe*	n	Balanse		Gangtest		Reise/sette seg		Totalskår	
			Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt***	SD
Oppstart	K	12	1.75	1.48	1.75	1.21	1.00	1.20	4.50	3.68
	I	74	2.69	1.54	2.16	1.31	1.19	1.33	6.04	3.30
10 uker	K	11	1.36	1.91	1.45	1.50	0.72	1.00	3.55	4.15
	I	61	3.10	1.36	2.79	1.31	2.04	1.39	7.81	3.47
6 måneder	K	9	1.77	1.48	1.78	1.39	0.89	1.26	4.77	4.20
	I	52	3.11	1.27	2.81	1.27	2.15	1.56	7.92	3.77
12 måneder	K	6	2.33	1.63	2.50	1.37	1.50	1.51	6.33	4.22
	I	33	3.06	1.31	2.88	1.31	2.24	1.47	8.18	3.61

*K= kontroll, I= intervensjon

Skala 0-4 poeng, 4 er best, *Skala 0-12 poeng, 12 er best

Tabell 7: Gjennomsnittsskår på dimensjoner ved helserelatert livskvalitet (EQ-5D) ved oppstart, ti uker, seks og tolv måneder.

Tidspunkt	Gruppe*	n	Gange		Personlig stell		Vanlige gjøremål		Smerte/ubehag		Angst/depresjon	
			Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD	Gjennomsnitt**	SD
Oppst.	K	12	3.33	1.23	2.25	1.42	3.00	1.34	2.75	1.21	2.00	1.12
	I	77	3.11	1.11	2.15	0.96	3.11	0.82	2.96	0.95	2.36	0.96
10 uker	K	9	3.88	1.05	2.44	1.50	3.33	1.22	3.11	1.45	1.55	0.52
	I	63	2.53	1.14	1.63	0.84	2.41	1.04	2.69	0.99	2.17	1.04
6 mnd.	K	10	3.40	1.26	1.80	0.78	2.00	0.81	3.40	0.84	1.90	0.99
	I	53	2.54	1.16	1.66	0.99	2.49	1.12	2.75	1.16	2.01	0.90
12 mnd.	K	8	3.25	1.28	1.87	0.99	2.37	1.18	3.37	1.18	1.87	0.83
	I	36	2.72	1.23	1.75	0.96	2.44	1.05	2.69	1.09	1.88	0.88

*K= kontroll, I = intervensjon, **Skala fra 1-5, 1 er best

Tabell 8: Gjennomsnittsskår på total helseskår (VAS) ved oppstart, ti uker, seks og tolv måneder.

Måletidspunkt	Gruppe	n	Total helseskår	
			Gjennomsnitt*	SD
Oppstart	Kontroll	12	45.75	23.97
	Intervensjon	75	38.99	20.34
10 uker	Kontroll	11	41.63	14.15
	Intervensjon	64	52.46	18.08
6 måneder	Kontroll	10	37.65	18.68
	Intervensjon	55	53.16	23.95
12 måneder	Kontroll	8	42.87	25.89
	Intervensjon	37	52.10	20.26

*VAS-skala 0-100, 100 er best.

Vedlegg 3: Forskjell mellom grupper

Tabell 9: Effekt av hverdagsrehabilitering etter 10 uker basert på testing av forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe

	Intervensjonsgruppe N = 78		Kontrollgruppe N = 12		p-verdi
	n	Median (min maks)	n	Median (min maks)	
Utførelse COPM					
10 uker	64	6.30 (1.0,10.0)	11	4.00 (1.0,8.0)	0.01
Tilfredshet COPM					
10 uker	64	6.00 (1.0,10.0)	11	3.60 (1.0,9.0)	0.03
Balanse COPM					
10 uker	61	4 (0, 4)	11	0 (0, 4)	0.003
Gange SPPB					
10 uker	61	3 (0, 4)	11	1 (0, 4)	0.005
Reise/sette seg SPPB					
10 uker	61	2 (0, 4)	11	0 (0,3)	0.003
Totalskår SPPB					
10 uker	62	9.00 (0.0,12.0)	11	2.00 (0.0,11.0)	0.002
Ganghastighet SPPB					
10 uker	58	1.33 (1.0, 4.0)	7	1.33 (1.0, 4.0)	0.14
Gange EQ-5D					
10 uker	65	2.00 (1.0,5.0)	9	4.00 (2.0,5.0)	0.002
Personlig stell EQ-5D					
10 uker	65	1.00 (1.0,4.0)	9	2.00 (1.0,5.0)	0.08
Vanlige gjøremål EQ-5D					
10 uker	65	2.00 (1.0,5.0)	9	3.00 (2.0,5.0)	0.04
Smerte/ubehag EQ-5D					
10 uker	65	3.00 (1.0,5.0)	9	3.00 (1.0,5.0)	0.45
Angst/depresjon EQ-5D					
10 uker	64	2.00 (1.0,2.0)	9	2.00(1.0,5.0)	0.09
Helsen i dag EQ-5D					
10 uker	64	50.00 (10.0,90.0)	11	45.00 (18.0,70.0)	0.02

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

SPPB: Short Physical Performance Battery. Gange, reise/sette seg og ganghastighet: skala 1-4, 4 er best. Totalskår 1-12, 12 er høyest. Ganghastighet m/s

EQ-5D: European Quality of Life. 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.

p-verdi: 0.05%

Statistisk test: Mann Whitney U test.