

# Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 13 –2009

Kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

**Bakgrunn:** Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage en systematisk kunnskapsoppsummering over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for å oppnå sosial deltakelse og inkludering for brukere av kommunale hjemmetjenester. **Metode:** Vi søkte systematisk etter systematiske oversikter i internasjonale forskningsdatabaser. Vi valgte ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene. **Resultat:** Vi inkluderte ni systematiske oversikter av forholdsvis ny dato, og vi søkte ikke etter enkeltstudier. De fleste inkluderte oversiktene har fokusert på tiltak og ikke på personell, bare to av oversiktene omhandlet personell spesielt. Vi identifiserte studier for to yrkesgrupper med spesiell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering: Ergoterapeuter og fysioterapeuter. Denne oppsummeringen viser at ergoterapi trolig har en liten, positiv effekt på sosial deltakelse hos slagpasienter som har kommet hjem fra sykehus/rehabiliteringsopphold og har også muligens en liten effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
Rapport: ISBN 978-82-8121-275-6 ISSN 1890-1298

nr 13–2009

 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)* og pasienter med leddgikt. Det ser ut til at ulike gruppeaktiviteter reduserer isolasjon og ensomhet hos eldre som bor hjemme. Tverrfaglige tiltak (hjemme) har en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos eldre generelt. Ellers viser denne oppsummeringen at langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig med praktisk hjelp) bedrer livskvaliteten for skrøpelige eldre som ønsket å bo hjemme, sammenlignet med å bo på sykehjem. **Konklusjon:** Oversiktene kan bare delvis besvare vår problemstilling. Det foreligger lite forskning om effekten av å bruke personell med spesiell kompetanse i kommunale hjemmetjenester. Vi har ikke funnet systematiske oversikter som vurderte denne typen tiltak innen psykisk helsearbeid og rus- og avhengighetsarbeid. Når det gjelder eldre ser det ut til at aktiviteter i grupper reduserer isolasjon og ensomhet. For slagpasienter som har kommet hjem fra sykehus/rehabilitering har ergoterapi trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet, men om dette gjelder for andre pasientgrupper vet vi foreløpig ikke.

<b>Tittel</b>	Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
<b>Forfattere</b>	Kristin Thuve Dahm, <i>rådgiver (prosjektleder)</i> Brynjar Landmark, <i>dr.med. (forsker)</i> Liv Merete Reinar, <i>seksjonsleder</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-275-6
<b>ISSN</b>	1890-1298
<b>Rapport</b>	Nr 13-2009
<b>Prosjektnr</b>	486
<b>Rapporttype</b>	Kunnskapsoppsummering
<b>Antall sider</b>	50 (79 med vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet, avdeling for primærhelsetjeneste
<b>Nøkkelord</b>	Personell, sosial deltakelse, aktivitet, hjemmetjenester
<b>Sitering</b>	Dahm KT, Landmark BF, Reinar LM. Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester. Rapport nr 13–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Sissel Steihaug og Mette Kolsrud for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, mai 2009

---

# 1-side oppsummering

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage en systematisk kunnskapsoppsummering over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for å oppnå sosial deltakelse og inkludering for brukere av kommunale hjemmetjenester.

Oppsummering av resultatene:

**Sosial deltakelse:** Det ser ut til at aktiviteter i grupper reduserer sosial isolasjon og ensomhet for eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger. Ergoterapeut (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet hos utskrevne slagpasienter.

**Fysisk funksjon:** Tverrfaglige tiltak (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos eldre generelt. Ergoterapeut (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter og pasienter med leddgikt.

**Livskvalitet:** Langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig team) bedrer trolig livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som selv ønsket å bo hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem.

Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapeut og tverrfaglig team har effekt på sosial deltagelse og aktivitet for slagpasienter. Vi vet ikke effekten av personlig assistent for eldre og yngre brukere på sosial deltagelse og aktivitet.

Vi søkte systematisk etter systematiske oversikter i internasjonale forskningsdatabaser. Vi valgte ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene.

Vi har bare identifisert systematiske oversikter innen rehabilitering og eldreomsorg og har ikke funnet oversikter som vurderte tiltak innen psykisk helsearbeid, rus- og avhengighetsarbeid. De fleste inkluderte oversiktene har fokusert på tiltak og ikke på personell, bare to av oversiktene omhandlet personell spesielt. Vi har identifisert studier av to yrkesgrupper med spesiell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering: ergoterapeuter og fysioterapeuter. Vi vet derfor lite om andre yrkesgrupper. I

tillegg kommer personlig assistent, en gruppe som ikke har noen formell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering. Flere av oversiktene inkluderte tverrfaglig tiltak og gruppetrening. Vi har her lite kunnskap om hvilket personell som ble brukt i de ulike tiltakene.

Oversiktene kan bare delvis besvare vår problemstilling. Det foreligger lite forskning om effekten av å bruke personell med spesiell kompetanse i kommunale hjemmetjenester. Vi har ikke funnet systematiske oversikter som vurderte denne typen tiltak innen psykisk helsearbeid og rus- og avhengighetsarbeid. Når det gjelder eldre ser det ut til at aktiviteter i grupper reduserer isolasjon og ensomhet. For slagpasienter har ergoterapi trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet, men om dette gjelder for andre pasientgrupper vet vi foreløpig ikke.

---

# Sammendrag

---

## BAKGRUNN

---

Det er en oppfatning at omsorgstjenestene for brukere med hjelpebehov bør endres fra mer passiv pleie og omsorg til i større grad å stimulere til aktivitet og deltakelse. En utvidet forståelse av begrepet omsorgstjenester inneholder derfor også tiltak som styrker fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening, opptrening og tilrettelegging for å mestre dagliglivet og deltakelse i nærmiljøet. ”Aktiv omsorg” er en av regjeringens fem strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer i Omsorgsplan 2015. Større faglig bredde blant personell og utbygging av dagens aktivitetstilbud er to viktige satsningsområder i dette arbeidet

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage en systematisk kunnskapsoppsummering over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for å oppnå sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester.

---

## METODE

---

Vi søkte etter systematiske oversikter i oktober 2008 i følgende databaser: Medline, Embase, PsycInfo, British Nursing Index, Amed, Cochrane Library, CDR Databases, ISI Web of Knowledge, Swemed, Pedro og OT Seeker. To personer valgte uavhengig av hverandre ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier for rapporten var:

**Studiedesign:** Systematiske oversikter

**Populasjon:** Alle brukere av kommunale hjemmetjenester som bor i eget hjem eller i omsorgsboliger.

**Tiltak:** Bruk av personell (fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivtører osv.) med opptrenings- og aktiviseringskompetanse i kommunale hjemmetjenester

**Sammenligning:** Standard pleie og omsorg

**Utfall:** Sosial deltakelse og aktivitet, funksjonsevne, livskvalitet, brukertilfredshet og kostnader

**Språk:** Alle språk

### **Eksklusjonskriterier for rapporten var:**

**Studiedesign:** Ikke-systematiske oversikter og systematiske oversikter av lav kvalitet.

**Populasjon:** Pasienter som bor på sykehjem og andre institusjoner med heldøgns pleie og omsorg

Vi har kritisk vurdert relevante oversikter som møtte våre inklusjonskriterier og har beskrevet inkluderte systematiske oversikter i tekst og tabeller.

For å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen brukte vi GRADE som graderer kvaliteten på dokumentasjonen som henholdsvis høy, moderat, lav eller svært lav.

---

## **RESULTAT**

---

Vi har oppsummert resultatene fra ni systematiske oversikter. To systematiske oversikter omhandlet yngre brukere, fire omhandlet eldre generelt og tre omhandlet eldre med spesielle diagnoser som slag, leddgikt og Alzheimer. Oversiktene omhandlet ulike tiltak/personell; Personlig assistent (3), gruppetrening og individuelle tiltak (1), tiltak for å mestre adferd hos pasienter med Alzheimer (1), tverrfaglige tiltak (2), fysioterapi (1) og ergoterapi (2). En oversikt undersøkte effekten av hjemmehjelp, korttidsprogrammer for pasienter som nettopp var kommet hjem fra sykehus og langtidstiltak rettet mot de dårligste eldre.

Denne oppsummeringen viser at ergoterapi (hjemme) trolig har en liten, positiv effekt på sosial deltakelse hos slagpasienter etter utskrivning fra sykehus/rehabilitering og har også muligens en liten effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter og pasienter med leddgikt. Det er mulig at ulike gruppeaktiviteter reduserer isolasjon og ensomhet hos eldre som bor hjemme. Tverrfaglige tiltak (hjemme) har en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos eldre generelt. Ellers viser denne oppsummeringen at langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig med praktisk hjelp) bedrer livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som bor hjemme, sammenlignet med å bo på sykehjem. Vi vet lite om brukertilfredshet og kostnader. Vi har bare identifisert systematiske oversikter innen rehabilitering og eldreomsorg og har ikke funnet oversikter som vurderte tiltak innen psykisk helse og rus- og avhengighetsomsorg.

---

## **DISKUSJON**

---

Vi inkluderte systematiske oversikter av forholdsvis ny dato, og vi søkte ikke etter enkeltstudier. De fleste inkluderte oversiktene har fokusert på tiltak og ikke på personell, bare to av oversiktene omhandlet personell spesielt. Vi identifiserte studier

for to yrkesgrupper med spesiell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering: Ergoterapeuter og fysioterapeuter. Vi vet derfor lite om andre yrkesgrupper. I tillegg kommer personlig assistent, en gruppe som ikke har noen formell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering. Flere av oversiktene inkluderte tverrfaglig tiltak og gruppetrening. De inkluderte oversiktene gir lite informasjon om hvilket personell som ble brukt i disse ulike tverrfaglige tiltakene.

Brukere av kommunale hjemmetjenester er i utgangspunktet en svært heterogen gruppe. Det er ulike terskler for når en bruker får hjemmebaserte tjenester, og det er en vid definisjon av pleie- og omsorgsgruppen. I flere av de inkluderte oversiktene er intervensjonen i kontrollgruppen dårlig beskrevet. Det er også generelt en usikkerhet om hva som er standard pleie og omsorg. De fleste av studiene er gjennomført i land utenom Skandinavia. Flere land i Europa har hatt utvikling tilsvarende HVPU-reformen, og mange av de inkluderte studiene er gjennomført før denne reformen. Det er heller ikke slik at om en ikke har offentlig tjenester, så har gruppen brukere ingen sosial kontakt eller aktivitet. Eldre har tilbud fra mange ulike organisasjoner og frivillige rundt seg, familie, venner osv.

---

## **KONKLUSJON**

---

Det ser ut til at aktiviteter i grupper reduserer isolasjon og ensomhet for eldre som bor hjemme. For slagpasienter som nettopp er kommet hjem fra sykehus/rehabilitering har ergoterapi trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet. Om dette gjelder for andre pasientgrupper vet vi foreløpig ikke. Tverrfaglige tiltak har en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos eldre, og ergoterapi har muligens en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos pasienter med slag og leddgikt. Langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig) bedrer trolig livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som ønsker å bo hjemme sammenlignet med de som bor på sykehjem.

Det foreligger lite forskning om effekten av å bruke personell med spesiell kompetanse i kommunale hjemmetjenester. Vi har ikke funnet systematiske oversikter som vurderte tiltak innen psykisk helse og rus- og avhengighetsomsorg.



---

# Key messages

## **The importance of personnel competence to achieve social participation and activity amongst users of municipal home care**

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Sciences has been commissioned by the Norwegian Department of Health to produce a systematic review of the scientific evidence concerning effects of the use of personnel with special expertise in functional training and activation compared to standard care at achieving social participation and activity amongst users of municipal home care.

Summary of the results:

**Social participation:** Group activities apparently reduce social isolation and loneliness amongst elderly living at home or with assisted living. Occupational therapy (at home) probably has a small but positive effect on social participation and activity of stroke patients.

**Physical function:** Inter-disciplinary measures (at home) probably have a small but positive effect on the general physical function amongst elderly. Occupational therapy (at home) probably has a small, positive effect on physical function amongst stroke victims and patients with rheumatoid arthritis.

**Quality of life:** Long-term interventions (case management program) probably improve the quality of life for fragile elderly living in their own homes compared to those living in care homes.

The quality of available research is too low to determine whether physiotherapy and multidisciplinary treatment for stroke victims and personal assistants for older or younger users have effect on social participation and activity.

We performed a systematic search for systematic reviews in international research databases. We selected studies that met our inclusion criteria, scored their quality and summarized the results.

We have only identified systematic reviews within rehabilitation and elderly care and have not found reviews in this context assessing mental health or drug addictions. Most included reviews have focused on measures taken in care, and not on the qualifications of the personnel. Only two of the reviews specifically referred to personnel. We identified studies on two occupations with specialized expertise in functional training and activation: occupational therapists and functional therapists. We

therefore have little knowledge about other professions. In addition there are personal assistants - that have no formal competence in training function and activation. Several of the reviews included interdisciplinary measures and group therapies. We have limited information about what personnel were used in these studies.

These reviews can only partially answer our question. There is little available research on the effects of using personnel with special expertise in municipal home care. We have not found systematic reviews that evaluated these measures for the areas of mental health or alcohol and drug addictions. Concerning the elderly, group activities seem to reduce isolation and loneliness. For stroke patients, occupational therapy probably has a small positive effect on social participation and activity, but present research does not address the applicability of these results to other patients.

---

# Executive summary

## **The importance of personnel competence to achieve social participation and activity amongst users of municipal home care**

---

### **BACKGROUND**

---

There is a perception that home care services for people requiring assistance should be changed from a more passive basic care to in a greater extent to encourage activity and participation. The term home care services can in a greater sense also contain measures that strengthen physical activity, social-skills training and facilitation to master activities of daily life and participation in the community. "Active care" is one of the government's five strategies to meet future challenges in the care services in the home care plan Omsorgsplan 2015. Broadening professional skills amongst personnel and further development of the present offer of activities are two important areas of focus in this process.

The Norwegian Knowledge Centre has been commissioned by the Department of Health to produce a systematic review of the scientific evidence concerning effects of the use of personnel with special expertise in functional training and activation at achieving social participation and activity amongst users of municipal home care.

---

### **METHOD**

---

We searched the following databases for systematic reviews in October 2008: Medline, Embase, PsycInfo, British Nursing Index, Amed, Cochrane Library, CDR Databases, ISI Web of Knowledge, Svemed, Pedro and OT Seeker. Two people independently assessed the studies using inclusion and exclusion criteria for selection.

#### **The inclusion criteria were:**

**Study Design:** Systematic reviews

**Population:** All users of the municipal home care service that live at home – including assisted living domiciles.

**Interventions:** Use of personnel (physiotherapists, occupational therapists, assistants, etc) with competence in exercise and activation in municipal home care.

**Comparison:** Standard care

**Outcome:** Social participation and activity, levels of functioning, quality of life, user satisfaction and costs

**Language:** no language limitations

**The exclusion criteria for the report were:**

**Study Design:** Non-systematic reviews and systematic reviews of low quality.

**Population:** Patients in nursing homes and other fulltime institutional care.

We have critically reviewed relevant articles that met our inclusion criteria and have summarized the included systematic reviews in narrative and tables.

To assess the quality of the documentation we used GRADE, scoring the scientific quality as high, moderate, low or very low.

---

## RESULTS

---

We have summarized results from nine systematic reviews. Two systematic reviews addressed younger users, four concerned the elderly in general and three concerned the elderly with special diagnoses as stroke, arthritis and Alzheimer's. The reviews referred to various interventions/personnel; personal assistants (3), group and individual interventions (1), interventions to cope with behaviour in patients with Alzheimer's disease (1), inter-disciplinary measures (2), physiotherapy (1) and occupational therapy (2). One review investigated the effect of home carers, short-term programs for patients immediately after discharge from hospital and long-term measures for the most dependent elderly.

This summary shows that occupational therapy (at home) probably has a small, positive effect on social participation for stroke patients returning from hospital or rehabilitation, and also possibly a small effect on physical function amongst stroke victims and patients with arthritis. It is possible that the various group activities reduce isolation and loneliness amongst elderly living at home. Interdisciplinary measures (in the home) have a small, positive effect on physical function among the elderly in general. Furthermore, this review indicates that long-term interventions (case management programme) improve quality of life for the most dependent elderly who want to live at home, compared to institutional care. There are sparse data about effects on user satisfaction and cost analysis. We have only identified systematic reviews covering rehabilitation and elderly care and none assessing mental health or drugs and addiction.

---

## DISCUSSION

---

Most included reviews have focused on care interventions and not on personnel, only two of the reviews were about the personnel *per se*. We have only identified studies of two professions with special expertise in functional training and activation: occupational and physical therapists. We therefore have little knowledge about other professions. In addition there are personal assistants, a group lacking formal competence in training function and activation. Several of the reviews included interdisciplinary measures and group exercises. The included reviews disclose little information about what personnel that were used for these interventions.’

Users of municipal home care are as such a very heterogeneous group. There are different thresholds for when a user gets to receive home care services, and the population in nursing homes and institutional care are disparate. In several of the included reviews the intervention is poorly described in the control group. There is also a lack of definition of standard care. Most of the studies have been conducted in countries outside Scandinavia. Several countries in Europe have reduced the extent of institutional care in parallel to Norway’s HVPU reform, and several included studies were performed prior to this reform. Lack of public care does not necessarily preclude social contact or activity - elderly also socialize or have activities through contacts with friends, family, organizations and volunteers.

---

## CONCLUSIONS

---

There is little research on the effect of using personnel with special expertise in municipal home care. We have not found systematic reviews that assessed interventions for mental health or drug and addiction care. When it comes to the elderly, it appears that the group activities reduce isolation and loneliness. For stroke victims who have been discharged from hospital/rehabilitation occupational therapy probably has a small, positive effect on social participation and activity. We do not know whether this applies to other patients. Inter-disciplinary measures have a small positive effect on physical function in the elderly and occupational therapy possibly has a small, positive effect on physical function in patients with stroke and arthritis. Long-term interventions (case management programme) probably improve the quality of life for the most dependent elderly living at home compared to nursing homes.

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate for Health and Social Affairs, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: [post@kunnskapssenteret.no](mailto:post@kunnskapssenteret.no)

Full report (pdf): [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

---

# Innhold

<b>FORORD</b>	<b>14</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>15</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>16</b>
Forklaring av begreper	16
Kommunale hjemmetjenester	18
Lover og rettigheter	19
Brukere av kommunale hjemmetjenester	20
Forekomst	21
Sosial deltakelse og aktivitet	24
Personlig assistanse	25
<b>METODE</b>	<b>26</b>
Litteratursøk	26
Inklusjonskriterier	26
Eksklusjonskriterier	27
Artikkelutvalg	27
Analyse	27
<b>RESULTAT</b>	<b>28</b>
Kunnskapsgrunnlaget	28
Utfall: Sosial deltakelse og aktivitet	30
Utfall: Fysisk funksjon	36
Utfall: Livskvalitet	41
Utfall: Brukertilfredshet	44
Utfall: Kostnader	45
<b>DISKUSJON</b>	<b>46</b>
<b>KONKLUSJON</b>	<b>48</b>
Behov for videre forskning	48
<b>REFERANSER</b>	<b>49</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>51</b>
Vedlegg 1: Måleinstrumenter	51
Vedlegg 2: Søkestrategi	53
Vedlegg 3: Sjekkliste for kritisk vurdering	62
Vedlegg 4: Ekskluderte systematiske oversikter	63
Vedlegg 5: Tabeller systematiske oversikter	68
Vedlegg 6. Gradetabeller	77

---

# Forord

Kunnskapssenteret fikk i februar 2008 oppdrag fra Helsedirektoratet å lage en systematisk kunnskapsoversikt over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for å oppnå sosial deltakelse og inkludering for brukere av kommunale hjemmetjenester.

”Aktiv omsorg” er en av regjeringens fem strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer i Omsorgsplan 2015. Større faglig bredde blant personell og utbygging av dagens aktivitetstilbud er viktige styringsparametre i dette arbeidet

Prosjektgruppen har bestått av:

- Kristin Thuve Dahm (prosjektleder) Kunnskapssenteret
- Brynjar Landmark (prosjektmedarbeider) Kunnskapssenteret
- Liv Merete Reinart (prosjektansvarlig) Kunnskapssenteret
- Ingvild Kirkehei (forskningsbibliotekar) Kunnskapssenteret

Denne rapporten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I møte med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold, pasientenes behov og egne kliniske erfaringer.

Gro Jamtvedt  
*Avdelingsdirektør*

Liv Merete Reinart  
*Forskningsleder*

Kristin Thuve Dahm  
*Seniorrådgiver*



---

# Problemstilling

Hensikten med rapporten var å svare på følgende hovedspørsmål: Hva er effekten av å bruke personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for å oppnå bedre sosial deltakelse og aktivitet, for brukere av kommunale hjemmetjenester som bor hjemme eller i omsorgsboliger, sammenliknet med standard pleie- og omsorgstjenester.

Konkretisering av hovedspørsmål:

Hva er effekten av å bruke personell som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere eller spesialutdannede sykepleiere for brukere av kommunale hjemmetjeneste som bor hjemme eller i omsorgsboliger med tanke på større sosial deltakelse og aktivitet?

Hva er effekten av ulike tverrfaglige tilnærminger for brukere som bor hjemme eller i omsorgsboliger?

Hovedutfallsmål var sosial deltakelse og aktivitet. Andre utfallsmål var funksjonsevne, livskvalitet, brukertilfredshet og eventuelt kostnader.

---

# Innledning

Det er en oppfatning at omsorgstjenestene bør endres fra passiv pleie og omsorg til i større grad å stimulere til aktivitet og deltakelse. En utvidet forståelse av begrepet omsorgstjenester inneholder derfor i tillegg til pleietiltak, også tiltak som styrker fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening, opptrening og tilrettelegging for å mestre dagliglivet og deltagelse i nærmiljøet. ”Aktiv omsorg” er en av regjeringens fem strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer i Omsorgsplan 2015. Større faglig bredde blant personell og utbygging av dagens aktivitetstilbud er viktige styringsparametre i dette arbeidet (1).

---

## FORKLARING AV BEGREPER

---

Med *personale med særskilt kompetanse* innen funksjonstrening og aktivisering mener vi fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivtører, logoped, pedagoger, sosialpedagoger, audio-pedagoger, sosionomer, barnevernspedagoger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, vernepleiere, sykepleiere med relevant tilleggskompetanse, ”fastsykepleiere”, musikk- og kunstterapeuter.

Med *brukere* av hjemmetjenestene mener vi alle over 18 år som mottar kommunale omsorgstjenester i egen bolig og i omsorgsboliger.

Med *omsorgstjenester* mener vi tiltak innen eldreomsorg, psykisk helsearbeid, rus- og avhengighetsarbeid og rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

Vi bruker ICF som rammeverk for tenkningen i denne rapporten. ICF står for *International Classification of Functioning, Disability and Health* og omfatter kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer og avvik, aktiviteter og deltakelse og aktivitetsbegrensninger og deltakelsesinnskrenkninger, samt miljøfaktorer som kan være positive eller negative. Hovedvekten i ICF legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene.

Med *sosial deltakelse* og *aktivitet* mener vi deltagelse i arbeid/utdanning og kultur- og fritidsaktiviteter. Dette er en dimensjon av ICF, som omfatter alle sider av menneskelig utførelse, både som individ og i forhold til medmennesker.

Med *funksjonsevne* mener vi et menneskes evne til å utføre oppgaver og handlinger

Med *aktivitet i daglig livet (ADL)* mener vi spesielt aktiviteter knyttet til personlig stell som spising, personlig hygiene, påkledning, kontinens osv.

Med *aktivitetsbegrensninger* mener vi vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktivitet.

Med *brukertilfredshet* mener vi brukerens tilfredshet med tjenesten.

Med *rehabilitering* mener vi en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler, hvor helsepersonell samarbeider om og med brukeren i tiltak for å oppnå best mulig funksjon, selvstendighet og sosial deltagelse ved funksjonshemming som skyldes tilstand eller skade som oppstår etter tidlig barnealder.

*Rehabiliteringstjenesten*: Koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og de som utøver tjenesten.

*Sosiale tjenester*: Tjenester etter Sosialtjenesteloven med tilhørende forskrift.

Med *tilsyn* mener vi her tiltak under pleie- og omsorgstjenesten, hvor en bruker tilses uten at det gis praktisk hjelp.

Med *omsorgsbolig* mener vi bolig med særlig tilpassing på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker. Husbanken deler omsorgsboliger inn i tre typer: Bokollektiv (felles kjøkken og stue), bofellesskap (fellesrom knyttet til hver boliggruppe) og frittstående omsorgsbolig (ingen felles rom).

Med *tverrfaglig team* mener vi en gruppe sammensatt av flere personellkategorier, som samarbeider om tjenester til brukere med sammensatte omsorgsbehov.

*IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk)* er et informasjonssystem basert på individdata fra søkere og brukere av kommunale sosial- og helsetjenester i kommunene, som beskriver situasjon, funksjonsnivå, behov for og mottak av tjenester. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter

*KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering)* er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjonen om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenestoområder blir registrert og sammenstilt for å gi relevant informasjon til beslutningstakere både nasjonalt og lokalt. Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring, og herunder gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås.

*En systematisk oversikt* bruker en systematisk og tydelig fremgangsmåte for å finne, kritisk vurdere og oppsummere data fra enkeltstudier.

*Randomisert kontrollert studie (RCT)* er et studiedesign hvor deltakerne blir tilfeldig fordelt (randomisert) til intervensjons- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings/intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ved studiens slutt.

*SMD (standardized mean difference)*: Når man slår sammen resultater fra flere studier som har målt det samme fenomenet med ulike skaler, er det nødvendig å lage en standardisert skala. Forskjellen mellom resultatene i intervensjonsgruppene og kontrollgruppene kalles standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD).

En "tommelfingerregel" for tolkning av SMD (effekt størrelsen) er at: 0,2 er uttrykk for en liten effekt, 0,5 en moderat effekt og 0,8 en stor effekt.

---

## **KOMMUNALE HJEMMETJENESTER**

---

De enkelte kommunene har ansvar for hjemmetjenester til eldre, funksjonshemmede og andre med særlig behov for hjelp i hjemmet (2). Tilbudet kan variere fra kommune til kommune. Innbyggerne i en kommune kan søke kommunen om hjelp til tjenester i hjemmet. Ordningen er behovsprøvd, slik at det kun er personer med særskilte behov som vil få tjenesten innvilget. Kommunale hjemmetjenester betyr her hjemmesykepleie og ulike former for praktisk bistand.

Hjemmesykepleien er en døgnkontinuerlig tjeneste som gir hjelp og veiledning til hjemmeboende syke eller funksjonshemmede. Tjenesten omfatter blant annet pleie, sårbehandling, medikamenthåndtering, avlastning for familien og hjelp i livets slutfase. Arbeidet blir utført av – eller ledet av – sykepleiere eller andre autoriserte helsearbeidere. Hjemmesykepleien formidler også kontakt med lege, sykehjem, sosialsenter og andre aktuelle ordninger. Hjemmesykepleie er gratis. Forebygging, rehabilitering og opptrening er også en del av kommunale hjemmetjenester.

Praktisk bistand kan for eksempel være ulike former for hjemmehjelp. Hjemmehjelp blir gitt til personer som ikke kan ta omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk bistand for å greie dagliglivets gjøremål pga sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker. Dette kan for eksempel være hjelp til personlig hygiene, matlagning, tilbringning av middag, renhold og i enkelte tilfeller handling og klesvask. Betaling for hjemmehjelp skjer etter betalingsevne.

I omsorgsplanen for 2015 er det også beskrevet en ny, omfattende satsning på undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem. Tiltaket er beskrevet i St.prp.nr.1 (2008-2009) (3). Helsedirektoratet har i tildelingsbrev for 2009 fått i oppdrag å etablere undervisningshjemmetjenester i alle landets fylker. For å registrere behov og bruk av pleie- og omsorgstjenester i Norge brukes to informasjonssystemer: KOSTRA og IPLOS. Flere internasjonale studier viser at det er misforhold mellom behov og bruk av

kommunale hjemmetjenester. Det er viktig å kartlegge hvilke pasientkarakteristika som er av betydning for denne ubalansen (4).

### ***Personell***

Vi vil kort omtale noen av yrkesgruppene som er listet opp under personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering (omtalen gjelder norske forhold).

Fysioterapi og ergoterapi er oftest et ledd i kommunale hjemmetjenester. Tjenestene utføres i brukerens hjem med fokus på trening og tilrettelegging, inkludert tilpasning og anskaffelse av tekniske hjelpemidler, som kompensasjon for tap av funksjon. Fysioterapi er i motsetning til ergoterapi en lovpålagt tjeneste.

Vernepleierutdanningen er en pedagogisk utdanning som legger vekt på kunnskaper om menneskers sosiale, psykologiske og fysiske behov. De arbeider først og fremst med mennesker som er psykisk utviklingshemmede, men også innen rusomsorgen, eldreomsorgen og psykiatrien. Sosialpedagoger, sosionomer og barnevernspedagoger har fokus på mennesker med psykiske og/eller sosiale problemer. Logoped og audiopedagoger arbeider med mennesker som har spesifikke vanskeligheter i forhold til tale og hørsel. Musikktérapeuter arbeider også i helsetjenesten, blant annet på institusjoner med barn, unge og voksne som har fysiske og psykiske funksjonshemminger.

---

## **LOVER OG RETTIGHETER**

---

Alle kan i en fase av livet eller i en bestemt livssituasjon komme til å behøve hjelp eller bistand fra det offentlige. Praktisk bistand (hjemmehjelp) ytes etter Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. des. nr. 81, 1991 (5). De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2. De sosiale tjenestene skal omfatte:

- a) Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- b) Avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid
- c) Støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer
- d) Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- e) Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid

Hjemmesykepleie ytes etter Lov om helsetjeneste i kommunene av 19. nov. nr. 66, 1982 § 2-1 (2). Alle har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødige utgifter, tap, tidsspille eller uleilighet. Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, kan vedkommende ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

---

## BRUKERE AV KOMMUNALE HJEMMETJENESTER

---

Brukere av kommunale hjemmetjenester er en stor og heterogen gruppe som omfatter både yngre og eldre brukere. Gruppen består også av brukere med psykiske lidelser, rus- og avhengighetsproblematikk, med mer. Dette er en populasjon som er i endring – på 20 år har brukerne i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste endret seg og gruppen har vokst. Dette har direkte eller indirekte ført til nye tilbud i den kommunale hjemmetjenesten.

Tallet på eldre i samfunnet øker, og kommunene har samtidig også ansvar for stadig flere yngre med omfattende hjelpebehov. Omsorgstjenestene har i dag over 200 000 brukere, hvorav 40 000 bor på sykehjem og resten bor i omsorgsboliger eller egne hjem. Tall fra Statistisk sentralbyrå 2005 viser at antall brukere under 67 år er fordoblet fra 1995 og nå utgjør over 50 000 brukere. Det er vanskelig å tallfeste hvor mange av disse som er under atten år, men det er rimelig å anta at en stor andel av pleie og omsorg for barn under atten år utføres av familien. Tall fra desember 2006 viser at 12 404 barn under femten år mottok hjelpestønad. Forutsetningen for å få hjelpestønad er et særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom, skade eller medfødt funksjonshemming. Pleien/tilsynet kan utføres av familiemedlemmer og reduserer på den måten behovet for personell.

Kommunenes hjemmetjeneste har fått andre og mer pleiekrevende brukere. Det er flere årsaker til denne utviklingen. Den mest kjente er HVPU-reformen 1991-95. Kommunene har også merket en reduksjon i antall psykiatriske langtidsplasser, noe som kan føre til et økt behov for hjemmetjenester. Antall aldershjems plasser har også falt markant (figur 4) (6).

*HVPU-reformen* førte til en avvikling av institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede, og ansvaret for bo- og tjenestetilbudet ble overført til kommunene (7). Reformen ble i hovedsak gjennomført i tidsrommet fra 1991 til 1995 og er sentral når det gjelder omsorgstjenester i Norge. Reformen innebar overføring av ca. 5000 utviklingshemmede til kommunale bolig-, omsorgs- og arbeidstilbud. Kommunen fikk samtidig et klart ansvar for å tilby tjenester til alle nye utviklingshemmede (6).

*Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)* er en reform med lignende konsekvenser (8). Kommunene har siden 1999 mottatt betydelige midler i form av øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid. Dette har ført til mange nye tilbud og et stort antall boliger, dagsentra og stillinger i kommunene er øremerket arbeid for mennesker med psykiske lidelser. Kommunene har ansatt en rekke nye fagfolk med blant annet spesialkompetanse innen psykisk helsearbeid. Disse utgjør om lag 10 000 årsverk, og en del arbeider i ulike former for pleie- og omsorgstjenester (6).

*Eldreomsorgen:* Utviklingen innen eldreomsorgen kjennetegnes ved at flere eldre ikke lenger bor på institusjon, men i eget hjem eller i tilrettelagte boliger, og mange opplever også at terskelen for å få sykehjemsplass har økt. Antall eldre og funksjonshemmede som bor i pleie- og omsorgsinstitusjon har gått ned med 10 prosent fra 1992 til 2004, mens antall eldre har økt. Det er derfor rimelig å anta at sykere mennesker blir hjemme lengre og

legger større press på hjemmebaserte tjenester. Det er også per i dag de eldste som får størst del av pleie- og omsorgstjenesten. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall personer som mottar hjemmetjenester har økt med 11 prosent fra 1992 til 2004. Det har imidlertid ikke vært noen økning av antall brukere over 67 år fra 1992 til 2007. Blant den eldre delen av befolkninger er det derimot en motsatt tendens, spesielt blant de aller eldste over 80 år. Det kunne tenkes at de eldre var friskere, men det kan også tolkes dit hen at det er færre hjelpere og at terskelen for å få hjelp er blitt høyere i denne gruppen.

Samtidig med at noe av tjenestetilbudet flyttes fra institusjonsbasert omsorg til tjenester i hjemmet, er det færre som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål nå enn for ti år siden (9).

*Helseforetaksreformen (2002)* har forsterket tendensen til å redusere liggetiden i sykehuse og til å overlate mer behandling, etterbehandling og rehabilitering til kommunehelse-tjenesten. Det er rimelig å anta at en fjerdedel av brukere under 67 år, er pasienter som er utskrevet fra somatiske sykehus. De fleste av dem er enten mennesker med slag eller kreft (6).

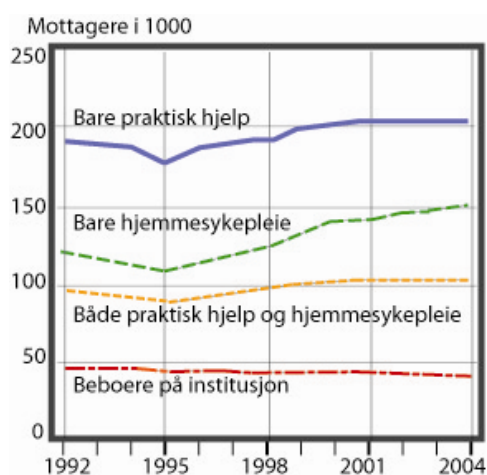
*Rusomsorgen:* Det har også skjedd flere reformer i rusomsorgen de senere årene (10). Helseforetakene har overtatt sektoransvaret for behandlingstiltak. Vi har fått en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Såkalt legemiddelassistert rehabilitering av narkotika- misbrukere (LAR) er satt i system, og det er etablert av regionale sentra over hele landet. Dette har gitt kommunene et økt oppfølgingsansvar for rusmisbrukere (6).

## FOREKOMST

### Brukere

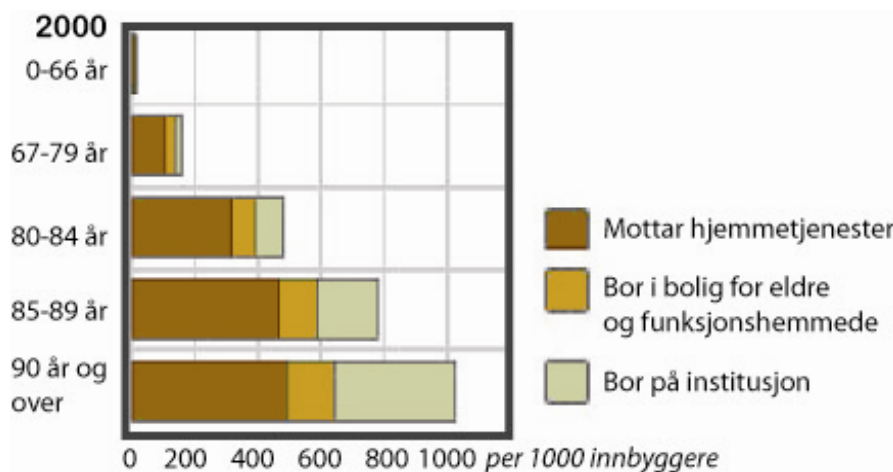
Når det gjelder mottakere av pleie- og omsorgstjenester fremgår det av denne figuren fra Statistisk sentralbyrå at det er en liten nedgang i praktisk hjelp, mens det tydeligst er en økning av dem som får hjemmesykepleie.

**Figur 1. Mottakere av pleie og omsorgstjenester etter type tjeneste 1992-2004**



10 720 personer med "andre hjemmetjenester" og 535 mottakere av hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie ble ikke fordelt på type. Kilde Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Figur 2. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, etter alder og mottatt tjeneste per 1000 innbyggere år 2000**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Det er også grunn til å legge merke til at antall institusjonsplasser i voksenpsykiatrien ble redusert fra 1990 frem til 2005.

Årstall	1990	1995	2000	2005
Plasser	7745	6384	5781	5370

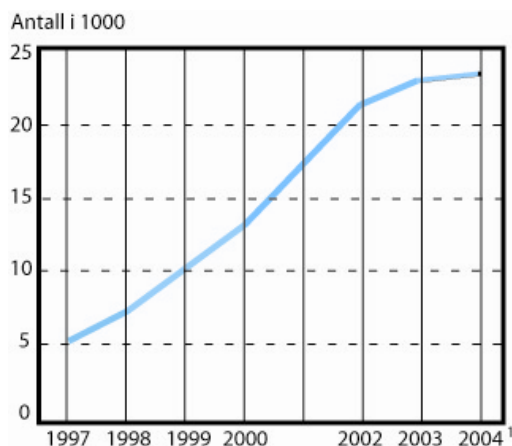
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk Sentralbyrå



## Boliger

Endring i boform: Parallelt med overflytning fra institusjoner til egen bolig har det vært en vekst i antall omsorgsboliger (5-dobling 1997-2008). Reduksjon av antall sykehjemsplasser innebærer i praksis at brukere er sykere eller mer funksjonshemmet før de tilbys plass. Deres behov må i mellomtiden dekkes av hjemmetjenesten i kommunen.

**Figur 3. Antall omsorgsboliger 1996-2004**



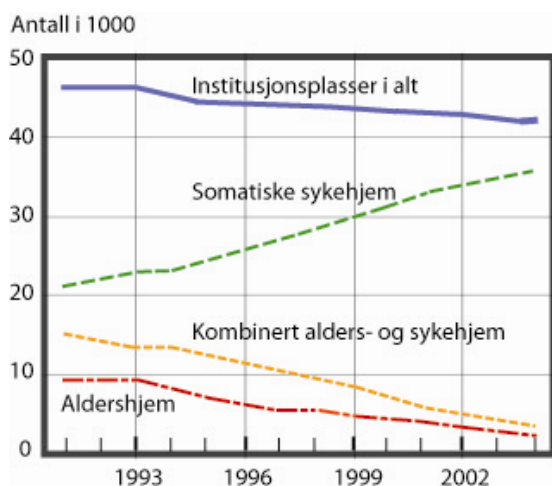
En av de mest markante endringene i kommunene de 10 siste årene er fremveksten av tilrettelagte boliger – kalt omsorgsboliger. Figuren viser en femdobling over en 10 års periode

<sup>1</sup> På grunn av omlegging av statistikken og overgang til nytt skjema 2001 foreligger det ikke sikre tall for omsorgsboliger i 2001. Omleggingen førte til et brudd i tallene mellom 2000 og 2001.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Økningen i antall omsorgsboliger har skjedd samtidig med at kommunene har redusert antall alders- og sykehjem.

**Figur 4. Plasser i institusjon etter type, 1991-2004**



**Somatiske sykehjem** består av somatiske sykehjem og somatiske sykehjemsavdeling kombinert med statlig virksomhet. **Aldershjem** består av aldershjem og annen institusjon med heldøgnsomsorg.

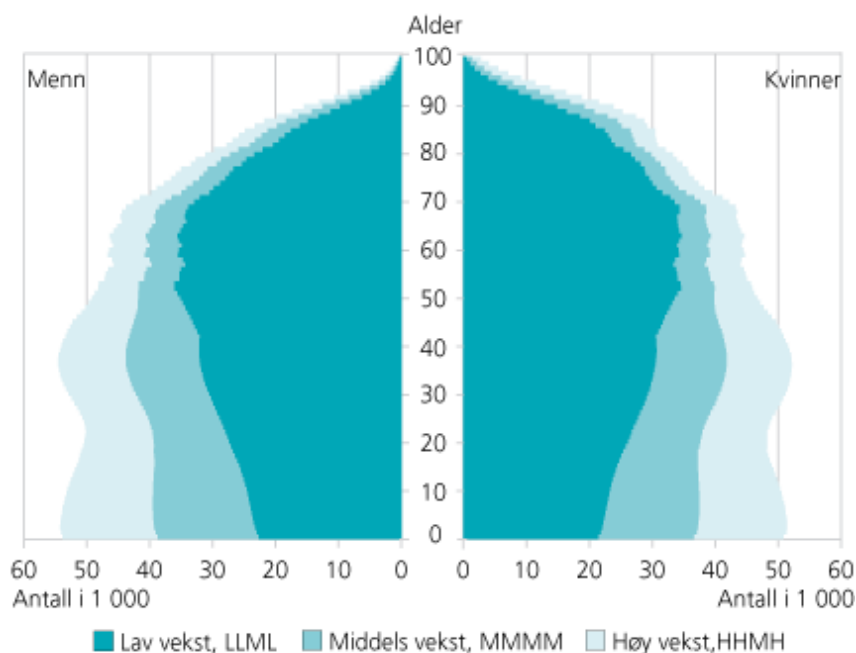
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

## **Personell**

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en økning av antall årsverk innefor for pleie- og omsorgstjenesten fra 1994 til 2007 (68 331- 118 189). Det har også vært en liten økning av antall årsverk per 10 000 innbyggere (0,36 -0,47) i samme periode.

Det er i tillegg verd å legge merke til at pleie- og omsorgstjenestene hentes fra en befolkning der det stadig er en økende andel eldre, og det er færre yrkesaktive til å bistå disse.

**Figur 5. Folkemengde og alder fremskrevet til 2060**



---

## **SOSIAL DELTAKELSE OG AKTIVITET**

---

Sosial deltakelse og aktivitet er et sentralt begrep innefor all rehabiliteringsvirksomhet i Norge. Det har vært forskjellige teorier om hva som gir en god alderdom. En rekke forskere hevder at det å beholde autonomi og kontroll over hverdagslivet og å kunne delta i meningsfulle aktiviteter, er en forutsetning for en god alderdom. En av de første teoriene hevdet at det å være i aktivitet var viktig for en god alderdom, jo mer aktivitet jo bedre. Senere ble det utviklet en teori som står i sterk kontrast til denne som hevder at det er naturlig for eldre å trekke seg tilbake fra samfunnsdeltagelse. En tredje teori legger vekt på at de eldre fortsetter med de gjøremål og aktiviteter som de alltid har deltatt i. Nyere aldersteorier mener at sosial deltakelse og aktivitet er en forutsetning for en god alderdom (11).

## ***Aldring***

Alle biologiske funksjoner blir affisert når vi blir eldre og resulterer i redusert funksjon eller reservekapasitet. Aldringen påvirkes av omgivelsene og av den enkeltes livsstil. Aldringsprosessen påvirker patologi, kroppsfunksjon, aktivitet og deltagelse (ICF). Eksisterende forskning viser at trening bedrer fysisk funksjon hos eldre, men vi vet ikke hvilken betydning trening har i forhold til aktivitet og deltagelse (12). Det er viktig å være klar over at rehabilitering av eldre er svært sammensatt, og det er viktig at rehabiliteringen er målrettet og spesialisert (13). Sosial deltagelse og aktivitet er viktige utfallsmål som burde integreres i eldreomsorgen (14).

## ***Måleverktøy***

Det finnes mange måleverktøy for å registrere sosial deltakelse og aktivitet. De mest brukte er University of California Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale og Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (EADL), se vedlegg 1. Valid måling av effekten av personell på sosial deltakelse og aktivisering kan være begrenset fordi det er et stort overlapp med alle frivillige, familiære og private tiltak som gjør det samme. Det er først i samspill av disse tre at sosial funksjon og aktivitet kommer frem i sin fulle helhet.

## ***Omsorgsboliger***

Utforming og plassering av omsorgsboliger og bofellesskap i en kommune fører ikke i seg selv til sosial integrering (15). Det kan være forhold som taler for det motsatte - at disse til en viss grad er "tilsidesatt" til egne aktiviteter.

---

## **PERSONLIG ASSISTENT**

---

Det har vært en nær tidobling av antall brukerstyrte personlige assistenter fra 218 i 1997 til 2016 i 2007. Stillingsbetegnelsen personlig assistent krever ingen formell utdanning. Betyr det at kommunen bruker ufaglært arbeidskraft, der de burde hatt mer kompetanse?

## ***Borgerstyrt personlig assistent (BPA)***

Borgerstyrt personlig assistent (BPA) er et verktøy for å komme ut av rollen som bruker og innta rollen som borger. Den enkelte leder sine egne personlige assistenter og får på den måten kontroll over egen tilværelse og mulighet til å leve et verdig, variert og selvstyrt liv. Etter nesten ti års pionerarbeid i Norge ble BPA lovfestet i år 2000. I følge loven plikter alle kommuner å tilby BPA (sosialtjeneste loven paragraf 4-2a).

I Norge er det dannet et andelslag for borgerstyrt personlig assistanse (ULOBA). Andelslaget eies og drives av funksjonshemmede selv, ut i fra tanken om likemannsarbeid. ULOBA bygger på independent living-tenkning og er basert på at hvert enkelt individ, uavhengig av en eventuell funksjonsnedsettelse, har rett og krav på å kunne delta i samfunnet og ta ansvar for sitt eget liv. Independent-living tenkning tar avstand fra tanken om at folk med funksjonsnedsettelse er syke mennesker som behøver mer omsorg enn folk flest, men trenger praktisk assistanse i hverdagen. ULOBA definerer derfor assistent som et serviceyrke – ikke som et omsorgsyrke (16).

---

# Metode

---

## LITTERATURSØK

---

En forskningsbibliotekar (IK) utarbeidet litteratursøket i samarbeid med prosjektleder (KTD) og prosjektmedarbeider (BL). Vi søkte etter systematiske oversikter i oktober 2008 i følgende databaser:

- Medline
- Embase
- PsycInfo
- British Nursing Index
- Amed
- Cochrane Library
- CDR Databases
- ISI Web of Knowledge
- Svemed
- Pedro
- OT Seeker

Fullstendig søkestrategi finnes i vedlegg 2.

---

## INKLUSJONSKRITERIER

---

**Studiedesign:** Systematiske oversikter

**Populasjon:** Alle brukere av kommunale hjemmetjenester som bor i eget hjem eller i omsorgsboliger.

**Tiltak:** Bruk av personell (fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivtører osv.) med opptrenings- og aktiviseringskompetanse i kommunale hjemmetjenester

**Sammenligning:** Standard pleie og omsorg

**Utfall:** Sosial deltakelse og aktivitet, funksjonsevne, livskvalitet, brukertilfredshet og kostnader

**Språk:** Alle språk

---

## EKSKLUSJONSKRITERIER

---

**Studiedesign:** Ikke-systematiske oversikter og systematiske oversikter av lav kvalitet

**Populasjon:** Personer som bor på sykehjem og andre institusjoner med heldøgns pleie og omsorg

---

## ARTIKKELUTVELGELSE

---

To prosjektmedarbeidere (KTD/BL) gikk gjennom resultatene fra søkene uavhengig av hverandre. Den første utvelgelsen av litteratur skjedde på basis av tittel og sammendrag av artiklene identifisert i søkene og i henhold til kriteriene spesifisert ovenfor. Vi bestilte studier i fulltekst for videre vurdering når prosjektmedarbeiderne var enige om at den aktuelle studien var relevant eller var uenige om relevans. Hvis prosjektmedarbeiderne var enige om at publikasjonen ikke var relevant, ble den ikke tatt med videre i artikkelutvelgelsen.

Alle studiene som ble bestilt i fulltekst, ble vurdert opp mot våre inklusjonskriterier. De studiene som møtte våre inklusjonskriterier, ble kritisk vurdert for metodisk kvalitet av KTD og BL ved hjelp av sjekklister utarbeidet i Kunnskapssenteret (vedlegg 3). Tabeller over inkluderte systematiske oversikter ble skrevet av KTD (vedlegg 5).

---

## ANALYSE

---

Prosjektleder (KTD) innhentet data fra artiklene og en annen deltaker i prosjektgruppen (BL) kvalitetssikret datainnsamlingen.

For å oppsummere og gradere kvaliteten på dokumentasjonen der det var mulig brukte vi Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)<sup>1</sup>. Denne metoden går ut på å vurdere hvilken grad av tillit vi har til resultatene fra inkluderte forskningsartikler.

For mer informasjon om arbeidsmetode, se Kunnskapssenterets håndbok.

Vurderingene av dokumentasjonsstyrken til inkluderte oversikter finnes i vedlegg 6.

### *Tolkning av effekt størrelse*

En ”tommelfingerregel” for tolkning av SMD (standardized mean difference) er at: 0,2 er uttrykk for en liten effekt, 0,5 en moderat effekt og 0,8 en stor effekt.

---

<sup>1</sup> For mer informasjon om GRADE <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7454/1490>

---

# Resultat

---

## KUNNSKAPSGRUNNLAGET

---

### *Systematiske oversikter*

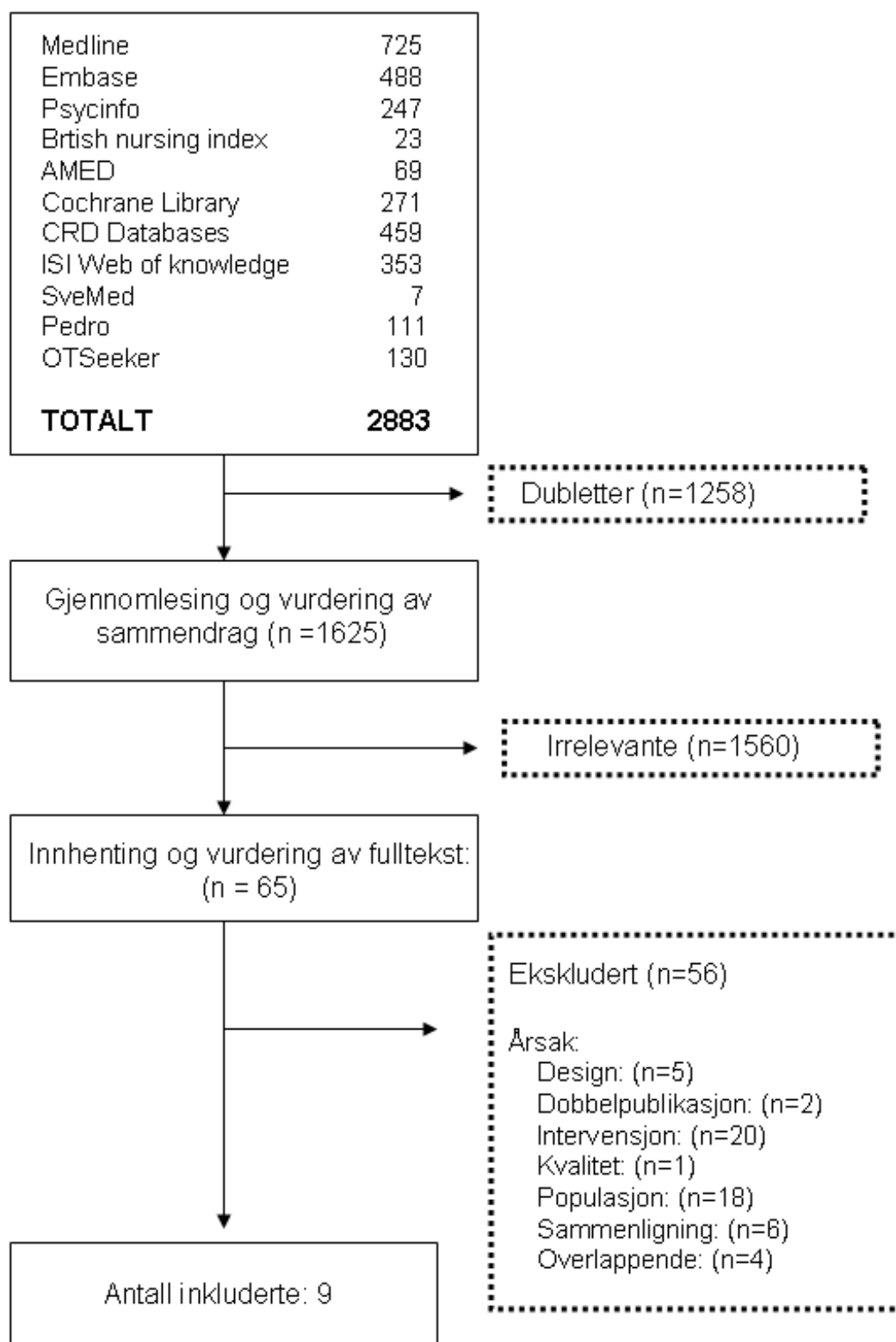
Vi fant 1625 unike titler i søket etter systematiske oversikter. Vi gikk gjennom sammendraget til alle referansene og innhentet 65 artikler i fulltekst. Vi identifiserte 14 oversikter som tilfredstilte inklusjonskriteriene. Se figur 6.

Etter kritisk vurdering av oversiktene viste det seg at én var av mangelfull kvalitet (Burns 2003 (17)). Denne kom derfor ikke med i kunnskapsoppsummeringen. Fem systematiske oversikter hadde overlappende innhold: Legg og kollegers oversikt fra 2006 (18), Walker og kollegers oversikt fra 2004 (19), Outpatient Service Trialists fra 2003 (20), Boghal og kollegers oversikt fra 2003 (21) og Carlson og kollegers oversikt fra 1996 (22). Både Legg 2006, Walker 2004, Outpatient 2003 og Boghal 2003 var av høy kvalitet, Carlson var av moderat kvalitet. Vi valgte Outpatient Service Trialists fra 2003 (20) fordi den omfattet relevante studier som ikke inngikk i de andre oversiktene. Tabeller over ekskluderte artikler finnes i vedlegg 4.

Vi inkluderte ni systematiske oversikter (20;23-30). Tabeller over inkluderte oversikter finnes i vedlegg 5. To systematiske oversikter omhandlet yngre brukere (27;28), fire omhandlet eldre generelt (23;24;26;29) og tre omhandlet eldre med spesielle diagnoser som slag, leddgikt og Alzheimer (20;25;30).

Oversiktene omhandlet ulike tiltak og/eller personell; Personlig assistent (3), gruppetrening (2), tverrfaglige tiltak (2), fysioterapi (1) og ergoterapi (2). En oversikt undersøkte effekten av hjemmehjelp, korttidsprogrammer for pasienter som nettopp var kommet hjem fra sykehus og langtidstiltak rettet mot de dårligste eldre. Fordi hovedspørsmålet først og fremst omhandlet sosial deltakelse og aktivitet, valgte vi å beskrive resultatene i forhold til utfallsmål.

Figur 6. Flytskjema for artikkelutvelgelsen av systematiske oversikter



## UTFALL: SOSIAL DELTAKELSE OG AKTIVITET

Vi inkluderte fem systematiske oversikter som vurderte betydningen av ulike tiltak for sosial deltakelse og aktivitet.

**Tabell 1. Oversikt over inkluderte systematiske oversikter**

Ref.	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Resultat
<b>Mayo-Wilson 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>2/1002</i>	Voksne (19-64) med fysisk og mentalt handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	En av studiene rapporterte sosial deltakelse og aktivitet. Studien (n=88) viste ingen forskjell
<b>Montgomery 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>4/1642</i>	Voksne (+ 65) uten demens	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	En av studiene rapporterte sosial deltakelse og aktivitet. Studien (n=202) viste ingen forskjell
<b>Cattan 2005</b> <i>Kvalitet: Moderat</i> <i>Studier/deltagere</i> <i>30/ (22-1.555)</i>	Eldre	Gruppeaktivitet	Standard pleie- og omsorg	Seks randomiserte studier viste signifikant reduksjon av sosial isolasjon og ensomhet
		En-til-en		Usikker effekt
<b>Outpatient 2003</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>14/1617</i>	Slagpasienter 6 RCT (n=848) 2 RCT (n=107) 1 RCT (n=42)	Ergoterapi Fysioterapi Tverrfaglig	Standard pleie og omsorg	SMD 0,21 (0,03 til 0,39) SMD 0,10 (-0,28 til 0,48) SMD 0,01 (-0,62 til 0,59)
<b>Forbes 1998</b> <i>Kvalitet: Moderat</i> <i>Studier: 27</i>	Alzheimer 1 RCT (n=30)	Gå/samtale	Samtale	Sign. bedring i kommunikasjonsevne målt med COS <sup>1</sup> (p=0,01), ikke signifikant endring målt med CAS <sup>2</sup> (p=0,06)
	1 RCT (n=30)	Gruppe	Sosialt samvær	Sign. bedring i gruppedeltakelse målt med Visual-matching task (p=0,016), ikke sign. endring målt med MMSE <sup>3</sup> (p=0,18) og Dementia Behavior Scale (p=0,75)

<sup>1</sup> Communication Observation Scale, <sup>2</sup> Communication Assessment Scale, <sup>3</sup> Mini-Mental State Exam

Mayo-Wilson (27) har undersøkt effekten av personlig assistanse for yngre voksne med både fysisk og psykisk svekkelse. Oversikten inkluderte to studier som begge undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med standard pleie og omsorg. Studiene er gjennomført i USA og deltakerne i studiene fikk en månedlig godtgjørelse som kunne brukes til å betale en omsorgsperson. Oversikten var av god kvalitet, og har inkludert én randomisert studie og én kontrollert studie. Forfatteren av oversikten har konkludert med at forskningen på dette feltet er begrenset, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 1.



### ***Personlig assistent for yngre brukere***

Bare den ene studien rapporterte sosial deltagelse og aktivitet. Denne kontrollerte studien (n=88) undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med en matchende kontrollgruppe som fikk standard pleie og omsorg. Deltakerne i studien var voksne over atten år som ble vurdert til å ikke kunne klare seg selv. Deltagerne i intervensjonsgruppen ble plassert i egne hjem med hjelp til husarbeid, daglige aktiviteter og deltagelse i ulike aktiviteter. 41 % fikk 4-8 timers assistanse per dag, 38 % fikk mer enn 8 timers assistanse per dag med oppfølging etter 10 måneder.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Det var ingen forskjell i sosial deltagelse og aktivitet basert på en systematisk oversikt med resultater fra én studie.

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på sosialdeltakelse og aktivitet hos yngre brukere.

Montgomery (29) har undersøkt effektene av personlig assistanse for eldre med redusert funksjon uten demens. Oversikten inkluderte fire studier. To av studiene sammenlignet ulike former for personlig assistanse og er derfor ikke tatt med i rapporten. To studier sammenlignet personlig assistanse med standard pleie og omsorg. Studiene hadde flere "armer" og er deler av de to studiene som er omtalt under yngre brukere. Oversikten var av metodisk god kvalitet og forfatteren av oversikten har konkludert med at forskningen på dette feltet er begrenset, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 2.

### ***Personlig assistent for eldre brukere***

Én kontrollert studie (n=202) undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med en matchende kontrollgruppe som ikke hadde personlig assistent.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Det var ingen forskjell i sosial deltagelse og aktivitet basert på en systematisk oversikt med resultater fra én studie.

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på sosial deltagelse og aktivitet hos eldre brukere.

Cattan (24) har undersøkt effekten av ulike former for helsefremmende tiltak for eldre rettet mot sosial isolasjon og ensomhet. Oversikten inkluderte 30 kvantitative studier (16 randomiserte kontrollerte studier). Halvparten av studiene er gjennomført i USA, resten i Canada og Europa. Fire av de Europeiske studiene er gjennomført i Sverige og Danmark. 17 studier undersøkte behandling i grupper, 10 studier undersøkte en-til-en intervensjon og tre evaluerte betydningen av ulike hjelpeprogrammer.

Antall deltagere i studiene varierte betydelig fra 22 til 1 555 i en stor randomisert kontrollert studie. Den store randomiserte studien var gjennomført i Danmark og undersøkte betydningen av hjemmebesøk (sosionom og lege) for å kartlegge helsetilstand og behov for hjelp for eldre som bor hjemme. De fleste studiene inkluderte menn og kvinner som bodde hjemme eller i omsorgsboliger (community-living). Det var ti studier som ble rapportert til å være av høy kvalitet. Disse studiene brukte for det meste validerte måleverktøy, UCLA Loneliness scale var mest brukt.

Oversikten var av moderat kvalitet. Forfatteren av oversikten har konkludert med at grupper med undervisning og sosial aktivitet rettet mot spesielle grupper kan redusere sosial isolasjon og følelse av ensomhet hos eldre. Effekten av hjemmebesøk er uklart, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 3.

### ***Aktiviteter i gruppe***

Tiltakene bygget på diskusjon, fokusgruppe, selvhjelp, trening og opplæring, men hadde forskjellig struktur, intensitet og varighet. De fleste gruppene ble ledet av helsepersonell og var rettet mot målrettede brukergrupper. Ni studier undersøkte effekten av ulike former for undervisning, to av dem kombinerte undervisning med fysisk trening.

### ***Resultater og konklusjon:***

Til sammen seks studier av høy kvalitet viste signifikant reduksjon av sosial isolasjon og ensomhet. To av studiene med fokus på fysisk aktivitet viste at felles trening (fleksibel tilnærming: gymnastikk, gåturer, svømming eller dans og tøyning med helseopplæring) reduserte sosial isolasjon og ensomhet.

Fire studier med fokus på sosial støtte (helsepersonell som ledet samtale om helse for eldre enslige kvinner, hendelser i nær fortid, støttesamtale for enkemenn/enker, for eldre med mental helseproblem og omsorgspersoner) og sette i gang selvhjelp (nettverksbygging, beslutningsstøtte, organisering av- og oppfordring til mer egenaktivitet) viste signifikant reduksjon av sosial isolasjon og ensomhet.

Konklusjon: Gruppeaktiviteter reduserer trolig sosial isolasjon og ensomhet hos eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger.

### ***En-til-en intervensjon***

Syv studier vurderte hjemmebesøk og tre vurderte telefonkontakt. Det var forskjellige yrkesgrupper i de ulike studiene mest sykepleiere, men også psykolog, sosialarbeider og lege.

### ***Resultater og konklusjon:***

De fleste av en-til-en intervensjonene viste ingen signifikant reduksjon i sosial isolasjon og ensomhet sammenlignet med standard pleie og omsorg. Én studie viste at hjemmebesøk av sykepleiere (ett enkeltbesøk på 45 minutter) reduserte sosial isolasjon og ensomhet, men effekten gikk fort over. Hjemmebesøket bestod av registrering av helsestatus, råd, skriftlig informasjon og henvisninger til andre tjenester dersom det var nødvendig. Tre store randomiserte studier med liknende intervensjon kunne ikke vise effekt på å redusere sosial iso-

lasjon og ensomhet. Telefonkontakt ble ikke vist å være effektiv i å redusere ensomhet og bare delvis i å redusere sosial isolasjon.

Konklusjon: Det er usikkert om ett enkelt evaluerende og rådgivende hjemmebesøk reduserer sosial isolasjon og ensomhet hos eldre.

Outpatient Service Trialists (20) har undersøkt effekten av ulike rehabiliteringstilbud for slagpasienter som bor hjemme. Oversikten inkluderte 14 studier som undersøkte effekten av ergoterapi (8 studier), fysioterapi (2 studier) og ulike tverrfaglige tilnærminger (4 studier). To studier sammenlignet oppfølging av et tverrfaglig team på daghospital med oppfølging hjemme. Deltakerne i de fleste studiene (n=8) var slagpasienter som nylig hadde kommet hjem fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon.

Oversikten var av god metodisk kvalitet og har bare inkludert randomiserte studier. Forfatterne av oversikten har konkludert med at flere rehabiliteringstiltak rettet mot slagpasienter som bor hjemme synes å gjøre pasientene mer selvhjulpne i daglige aktiviteter, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr 4.

### ***Ergoterapi***

Åtte studier undersøkte effekten av ergoterapi i hjemmet sammenlignet med vanlig behandling. Studiene inneholdt forskjellige former for ergoterapi. Fem studier undersøkte effekten av ulike former for trening på daglige aktiviteter. Tre studier undersøkte effekten av hjelp og tilrettelegging av fritidsaktiviteter. To av studiene undersøkte effekten av ergoterapi rettet mot fritidsaktiviteter sammenlignet med tradisjonell ergoterapi og ingen ergoterapi. I seks av studiene startet rehabiliteringen rett etter utskrivning fra sykehuset. I to av studiene startet rehabiliteringen henholdsvis innen en måned og i løpet av 15 måneder etter pasienten var kommet hjem fra sykehuset. Rehabiliteringen varte fra seks uker til seks måneder med fra ett til fire besøk per uke. Hvert besøk varte fra 30 til 40 minutter.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Meta-analyse basert på seks studier (848 deltagere) viste at ergoterapi bedret sosial deltakelse og aktivitet for slagpasienter som bor hjemme målt med Nottingham Extended Activities of Daily living score (NEADL) (SMD 0,21, KI 0,03 til 0,39).

Konklusjon: Ergoterapi (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet hos slagpasienter etter utskrivning fra sykehus/rehabiliteringsopphold.

### ***Fysioterapi***

To studier undersøkte effekten av hjemmefysioterapi sammenlignet med standard behandling. Den ene studien var gjort i Danmark og hadde 101 deltagere. Behandlingen var et seks ukers instruksjons- og undervisnings program, som startet rett etter at pasientene var kommet hjem fra rehabilitering på sykehus. Den andre studien var liten og inkluderte 20 deltagere.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Meta-analyser basert på to studier (107 deltagere) viste ingen bedring i sosial deltakelse og aktivitet målt med NEADL (SMD 0,10, 95 % KI -0,28 to 0,48)

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapi (hjemme) har effekt på sosial deltakelse hos slagpasienter.

### ***Tverrfaglig behandling***

Bare én studie (n=42) undersøkte effekten av tverrfaglig behandling på sosial deltakelse og aktivitet (målt med NEADL). Studien er gjennomført i USA og undersøkte effekten av oppfølging av et team hjemme bestående av (fysioterapeut, psykolog, sosionom og fritidsleder). Pasientene ble fulgt opp i seks måneder, og det ble gjort målinger etter seks måneder og ett år.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Analyse av én studie (n=42) viste ingen bedring i sosial deltakelse og aktivitet målt med NEADL (SMD -0,01, 95 % KI -0,62 to 0,59)

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om tverrfaglig behandling (hjemme) har påvirkning på sosial deltakelse og aktivitet hos slagpasienter.

Forbes (25) undersøkte ulike tiltak for å mestre adferd hos pasienter med Alzheimer. Oversikten inkluderte 27 artikler og inkluderte kvantitative studier av ulikt design. De fleste studiene omhandlet pasienter ved langtidsavdelinger, bare tre studier ble gjennomført hjemme, men studiene var av mangelfull metodisk kvalitet og er ikke omtalt i oversikten. Flere av studiene undersøkte intervensjoner med hensyn til å bedre sosial samhandling. Vi valgte å omtale to randomiserte studier gjennomført på langtidsavdelinger. Oversikten var av moderat kvalitet, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 5.

### ***Gå - Samtale***

En randomisert studie (n=30) undersøkte effekten av å gå mens man snakket. Pasientene i intervensjonsgruppen gikk tur en-og-en sammen med en spesialsykepleier mens de snakket om et tema tilpasset den enkelte. De gikk tur i 30 minutter tre ganger i uken i ti uker. Pasientene i kontrollgruppen hadde en tilpasset samtale uten at de gikk.

#### ***Resultater:***

Kommunikasjonsevne viste signifikant bedring i intervensjonsgruppen målt med Communication Observation Scale (COS) (p=0,01), men ingen signifikant endring målt med Communication Assessment Scale (CAS) (p=0,06).

En liten studie viste at et planlagt gangprogram med tilpasset samtale bedrer kommunikasjonsevnene hos pasienter med Alzheimers sykdom.

Konklusjon: Et planlagt gangprogram med tilpasset samtale med sykepleier bedrer muligens kommunikasjonsevnen hos pasienter med Alzheimers sykdom.

### ***Gruppe med fokus på oppmerksomhet***

En randomisert studie (n=30) undersøkte effekten av gruppetrening. Gruppetreningen hadde fokus på oppmerksomhet (attention-focusing group). Kontrollgruppen møttes uformelt uten noe program. Begge gruppene møttes 3 ganger i uke i fire uker, hvert møte varte i 30 min.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Persepsjon/kognitive funksjoner viste signifikant bedring i intervensjonsgruppen målt med Visual-matching task (p=0,016) men ingen signifikant endring målt med Mini- Mental State Exam (MMSE) (p=0,18) og Dementia Behavior Scale (p=0,75)

Konklusjon: Det er usikkert om gruppetrening med fokus på oppmerksomhet bedrer persepsjon og kognitive funksjoner hos pasienter med Alzheimer endres ikke.

### ***Oppsummering sosial deltakelse og aktivitet:***

- Ergoterapi (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet for slagpasienter etter utskrivelse fra sykehus/rehabiliteringsopphold.
- Aktiviteter i grupper motvirker trolig sosial isolasjon og ensomhet for eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger.
- Det er usikkert om ett enkelt hjemmebesøk reduserer sosial isolasjon og ensomhet hos eldre
- Et planlagt gangprogram med samtale bedrer muligens kommunikasjonsevnen hos mennesker med Alzheimers sykdom.
- Kvalitetene på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapi (hjemme) har effekt på sosial deltakelse og aktivitet for slagpasienter.
- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om tverrfaglig behandling (hjemme) har effekt på sosial deltakelse og aktivitet for slagpasienter.
- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på sosial deltakelse for eldre og yngre brukere.

---

## UTFALL: FUNKSJONSEVNE

---

Vi inkluderte seks systematiske oversikter som vurderte betydningen av ulike tiltak for fysisk funksjon.

**Tabell 2. Oversikt over inkluderte systematiske oversikter**

Ref.	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Resultat
<b>Mayo-Wilson 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere: 2/1002</i>	Voksne (19-64) Fysisk og mentalt handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	En av studiene rapporterte fysisk funksjon. Studien (n=88) viste ingen forskjell
<b>Montgomery 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere: 4/1642</i>	Voksne (+65) uten mentalt handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	En av studiene rapporterte fysisk funksjon. Studien (n=202) viste ingen signifikant forskjell.
<b>Beswick 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere: 89/97984</i>	Eldre generelt 13/11714 Skrøpelige eldre 18/6875 ”Etter sykehusinnleggelse” 7/1670	Tverrfaglig	Standard pleie og omsorg	SMD -0,12 (-0,16 to -0,08)  (SMD-0,01 (-0,06 to 0,04)  (SMD -0,05 (-0,15 to 0,04)
<b>Wilkins 2003</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier: 17</i>	Eldre (RA) 1 RCT (n=105)	Ergoterapi	Ingen ergoterapi	6 uker: 8,7 (1,7 -15,8) 12 uker: -0,6 (-9,3-8,0) Målt med functional score
<b>Outpatient 2003</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere: 14/1617</i>	Slagpasienter 6 RCT (n=808) 2 RCT (n=107) 4 RCT (n=266)	Ergoterapi Fysioterapi Tverrfaglig	Standard pleie og omsorg	SMD 0,14 (-0,02 to 0,30) SMD 0,29 (-0,10 to 0,67) SMD 0,11 (-0,15 to 0,37)
<b>Godfrey 2000</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere: 7SR/13enkeltstudier</i>	Eldre	Korttidsintervensjoner  Langtidsintervensjoner	Standard pleie og omsorg	To studier rapportere fysisk funksjon. Studiene viste ingen signifikant forskjell  Én studie rapporterte fysisk funksjon. Studien viste signifikant negativ effekt på ADL

Mayo-Wilson (27) har undersøkt effekten av personlig assistanse for yngre voksne med både fysisk og psykisk svekkelse og er omtalt på side 30.

### **Personlig assistent for yngre brukere**

Én kontrollert studie (n=88) undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med en matchende kontrollgruppe som ikke hadde personlig assistent.

### **Resultater og konklusjon:**

Studien (n=88) viste ingen forskjell i funksjon.

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på fysisk funksjon.

Montgomery (29) har undersøkt effektene av personlig assistanse for eldre med redusert funksjon og er omtalt på side 31.

### ***Personlig assistent for eldre brukere***

Én kontrollert studie (n=202) undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med en matchende kontrollgruppe som ikke hadde personlig assistent.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Studien viste ingen signifikant endring av fysisk funksjon.

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på fysisk funksjon.

Beswick (23) har undersøkt effekten av tverrfaglige intervensjoner (i kommunene) for å bevare fysisk funksjon og uavhengighet for eldre mennesker. Oversikten inkluderte 89 RCT'er som undersøkte tiltak blant eldre generelt (n=28), for dem som ble betegnet som "skrøpelige" (n=24), rett etter utskrivning fra sykehus (n=24), fallforebygging (n=13), gruppeundervisning og rådgivning (n=3). Intervensjonene var komplekse og inkluderte ulike yrkesgrupper. Oversikten var god og har inkludert bare randomiserte studier, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr.6.

### ***Tverrfaglig behandling***

Fysisk funksjon ble målt i 73 studier, 30 studier var ikke egnet til å ta med i forfatterens meta-analyse. To av disse studiene viste bedring av daglige aktiviteter, fem viste noe bedring i fysisk funksjon, mens 19 studier ikke viste endring. Det ble gjort meta-analyse av 42 studier, 36 studier målte ulike ADL utfallsmål og 14 studier målte generisk fysisk funksjon (SF-36).

#### ***Resultater:***

Meta-analyse av til sammen 42 studier (21 651 deltagere) viste en liten bedring i fysisk funksjon og uavhengighet for ulike grupper av eldre (SMD -0,08, 95 % KI -0,11 til -0,06). Oversikten konkluderte med at det var ikke mulig å registrere om noen intervensjoner var å foretrekke fremfor andre.

Det ble også gjort analyser av ulike undergrupper i den systematiske oversikten.

### ***Tverrfaglig behandling av eldre generelt***

#### ***Resultat og konklusjon:***

Meta-analyse av til sammen 13 studier (11 714 deltagere) viste en liten bedring i fysisk funksjon og uavhengighet (SMD -0,12, KI -0,16 til -0,08).

Konklusjon: Tverrfaglig intervensjoner har trolig til en liten, positiv effekt på fysisk funksjon og uavhengighet hos eldre som bor hjemme.

### ***Tverrfaglig behandling av skrøpelige eldre***

#### *Resultater og konklusjon:*

Meta-analyse av til sammen 18 studier (6 875 deltagere) viste ingen bedring i fysisk funksjon og uavhengighet (SMD -0,01, KI -0,06 til 0,04).

Konklusjon: Det er mulig at tverrfaglige intervensjoner har ikke har effekt på fysisk funksjon og uavhengighet hos skrøpelige eldre som bor hjemme.

### ***Tverrfaglig behandling etter utskrivelse fra sykehus***

#### *Resultater og konklusjon:*

Meta-analyse av til sammen sju studier (1 670 deltagere) viste ingen signifikant bedring i fysisk funksjon (SMD -0,05, KI -0,15 til 0,04)

Konklusjon: Det er mulig at tverrfaglige intervensjoner ikke har effekt på fysisk funksjon og uavhengighet hos eldre som nettopp har kommet hjem fra sykehus.

Wilkins (30) har undersøkt effekten av ulike former for hjemmebaserte ergoterapitiltak for eldre som bor hjemme, både trening og undervisning. Oversikten var av god kvalitet og inkluderte 17 studier. Fem studier undersøkte forebyggende tiltak og er ikke tatt med, 11 omtalte slagpasienter og er inkludert i Outpatient. Én studie vedrørende ergoterapi til pasienter med leddgikt er omtalt i denne rapporten, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 7.

### ***Ergoterapi***

Én randomisert studie (n=105) undersøkte effekten av et seks ukers intensivt ergoterapi-program for å bedre funksjon for pasienter med leddgikt. Intervensjonsgruppen fikk et intensivt program hjemme i seks uker etterfulgt av et mindre intensivt program i seks uker. Kontrollgruppen fikk ikke ergoterapi de første 6 ukene og intensiv ergoterapi de neste seks ukene.

#### *Resultater og konklusjon:*

Studien viste signifikant endring av fysisk funksjon for intervensjonsgruppen etter seks uker, etter 12 uker var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Konklusjon: Intensiv ergoterapi (hjemme) har muligens effekt på fysisk funksjon hos pasienter med leddgikt.

Outpatient Service Trialists (20) har undersøkt effekten av ulike rehabiliterings tilbud for slagpasienter som bor hjemme og er omtalt på side 33.



## **Ergoterapi**

### *Resultater og konklusjon:*

Meta-analyse basert på seks studier (808 deltagere) viste en liten, positiv tendens (ikke signifikant) på ADL for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,14, 95 % KI -0,20 til 0,30).

Konklusjon: Ergoterapi har muligens en liten, positiv effekt på ADL hos slagpasienter som bor hjemme.

## **Fysioterapi**

### *Resultater og konklusjon:*

Meta-analyse basert på to studier (107 deltagere) viste ingen signifikant bedring i ADL score for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,29, 95 % KI -0,10 til 0,67)

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapi (hjemme) har effekt på ADL hos slagpasienter.

## **Tverrfaglig behandling**

To studier sammenlignet slagpasienter som fikk behandling av et tverrfaglig team hjemme med standard pleie og omsorg. De tverrfaglige teamene bestod av ulike personell som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, fritidsleder, psykolog og sosionom/sosialarbeider. En annen studie sammenlignet to ulike oppfølginger av tverrfaglig team på en rehabiliteringsenhet. Den fjerde studien sammenlignet behandling av et tverrfaglig team på daghospital med behandling hjemme.

### *Resultater og konklusjon:*

Meta-analyser basert på fire studier (266 deltagere) viste ingen signifikant bedring i ADL score for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,11, 95 % KI -0,15 to 0,37)

Konklusjon: Det er usikkert om tverrfaglig behandling (hjemme) har effekt på ADL hos slagpasienter.

Godfrey (26) har undersøkt effekten av offentlige eller private hjemmetjenester. Oversikten var utført av Center for Evidence-Based Social Services University of Exeter og inkluderte både systematiske oversikter og enkeltstudier. Rapporten var av høy kvalitet og var inndelt i følgende tema: Effekt- og utfallsmål, 2) brukeres og omsorgsyteres tilfredshet og 3) organisering av tjenesten. Hjemmetjenesten ble inndelt i tre hovedområder: Hjemmehjelp, korttidsprogrammer (overgang v/utskrivning fra sykehus og rehabilitering) og langtidsprogrammer (tverrfaglig, individuell plan).

Tjenesten som helhet hadde størst fokus på hjelp til husarbeid og personlig stell og var først og fremst rettet mot eldre kvinner som var kronisk syke. Det var mest vanlige å fokusere på betydningen av å bo hjemme sammenlignet med å være på institusjon. Det så imidlertid ikke ut til at de ulike programmene hadde noen påvirkning på akutt sykehusinnleggelse,

antall dager per sykehusinnleggelse. Når det gjaldt antall innleggelser på sykehjem var det vanskelig å konkludere, for ytterligere informasjon se vedlegg 5, nr. 8.

### ***Etter utskrivelse fra sykehus (Korttids intervensjoner):***

Dette var rehabiliteringsprogrammer rettet mot personer som nettopp var skrevet ut fra sykehus, brukerne var først og fremst eldre kvinner som hadde redusert ADL, men som ikke trengte heltidspleie. Rapporten evaluerte tre ulike programmer. Programmene bestod av ulike former for praktisk hjelp, hjemmehjelp, praktisk stell, nattevakt. To av programmene involverte også samarbeid mellom helse- og sosialsektoren. Oversikten rapporterte resultater fra tre studier av ulikt design, bare to studier rapporterte fysisk funksjon.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Én randomisert studie viste ingen signifikant bedring av ADL. Én kontrollert studie viste ingen signifikant økning i funksjonsnivå. Det er usikkert om korttidsprogrammer har effekt på fysisk funksjon hos eldre som nettopp er kommet hjem fra sykehus.

### ***Skrøpelige eldre (Langtids intervensjoner):***

Disse programmene (individuell plan fra en tverrfaglig gruppe) var først og fremst rettet mot de dårligste/kronikere som var i fare for å komme på sykehjem. Et flertall var eldre enslige kvinner som var kronisk svekket og trengte hjelp med påkledning, bading og forflytning men var motivert til å bo hjemme. Det ble tatt hensyn til faktorer som personlighet, motivasjon og familiære forhold (ikke kognitivt svekket). Oversikten rapporterte resultater fra fem "kvasi"- randomiserte studier, bare én kontrollert studie rapporterte fysisk funksjon. Denne studien hadde til sammen 704 deltagere (504 i intervensjonsgruppen og 200 i en matchende kontrollgruppe). Studien var fra 1983 og gjennomført i New York.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Én kontrollert studie viste signifikant negativ effekt på daglige funksjoner (slik som bading, påkledning og kontinens). Det er usikkert om langtidsprogrammer (individuell plan) kan ha en negativ effekt på fysisk funksjon hos skjøpelige eldre.

### ***Oppsummering funksjonsevne:***

- Tverrfaglige intervensjoner (hjemme) har trolig en liten, positiv effekt på fysisk funksjon og uavhengighet for eldre generelt
- Det er usikkert om tverrfaglige intervensjoner har effekt på fysisk funksjon og uavhengighet hos skjøpelige eldre og eldre som nettopp er kommet hjem fra sykehus.
- Ergoterapi (hjemme) har muligens en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter
- Intensiv ergoterapi (hjemme) har muligens effekt på fysisk funksjon hos leddgikt-pasienter.
- Det er usikkert om tverrfaglig behandling (hjemme) har effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter.

- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapi (hjemme) har effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter.
- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på fysisk funksjon for eldre og yngre brukere

---

## UTFALL: LIVSKVALITET

---

Det er inkludert fem systematiske oversikter angående livskvalitet

**Tabell 3. Oversikt over inkluderte systematiske oversikter**

SR	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Resultat
<b>Mayo-Wilson 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>2/1002</i>	Voksne (19-64) m/fysisk og psykisk handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	Ikke valide måleverktøy
<b>Mayo-Wilson 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>1/817</i>	Voksne (19-64) m/fysisk handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	Ikke valide måleverktøy
<b>Montgomery 2008</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>4/1642</i>	Voksne >65 år Uten demnes	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	Ikke valide måleverktøy
<b>Outpatient 2003</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>14/1617</i>	Slagpasienter 2RCT (n=167) 1RCT (n=20) 1RCT (n=20)	Ergoterapi Fysioterapi Tverrfaglig	Standard pleie og omsorg	(SMD 0,17, -0,14 to 0,48) (SMD 0,04, -0,83 to 0,92) (SMD 0,47, -0,23 to 1.18)
<b>Godfrey 2000</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>7SR/13enkeltstudier</i>	Eldre	Kortidsintervensjoner  Langtidsintervensjoner		En av studiene rapporterte livskvalitet. Studien viste ingen signifikant forskjell  Tre studier rapporterte livskvalitet. Alle tre studiene viste signifikant bedring av livskvalitet.

Mayo-Wilson (27) har undersøkt effekten av personlig assistanse for yngre voksne med både fysisk og psykisk svekkelse og er omtalt på side 30.

### **Personlig assistent for yngre brukere**

Ingen av studiene brukte valide måleinstrument for å måle livskvalitet. En RCT (n=1002) brukte et enkelt spørsmål til å måle deltagerens tilfredshet med egen livssituasjonen.

#### **Resultater:**

64 % i intervensjonsgruppen var svært fornøyd mot 50 % i kontrollgruppen (p<0,001)

Mayo-Wilson (28) har undersøkt effekten av personlig assistanse for yngre voksne (19-64) med fysiske handikap og betydningen for familie, omsorgspersoner. Oversikten inkluderte

to studier som begge undersøkte effekten av personlig assistent sammenlignet med standard pleie og omsorg. Studiene er gjennomført i USA og deltakerne i studiene fikk en månedlig godtgjørelse som kunne brukes til å betale en omsorgsperson og er en del av studiene omtalt i May-Wilson. Oversikten var god, og har inkludert én randomisert studie og én kontrollert studie. Forfatteren av oversikten har konkludert med at forskningen på dette feltet er begrenset, for ytterligere informasjon se vedlegg 4, nr. 9.

### ***Personlig assistent for yngre brukere med fysisk svekkelse***

Ingen av studiene brukte valide måleinstrument for å måle livskvalitet. En RCT (n=817) brukte et enkelt spørsmål til å registrere deltagerens tilfredshet med egen livssituasjonen.

#### ***Resultater:***

38 % i intervensjonsgruppen var svært fornøyd mot 21 % i kontrollgruppen (p<0,01).

Montgomery (29) har undersøkt effektene av personlig assistanse for eldre med redusert funksjon og er omtalt på side 31.

### ***Personlig assistent for eldre brukere***

Ingen av studiene brukte valide måleinstrument for å måle livskvalitet. En RCT (n=936, med stort frafall) brukte et enkelt spørsmål til å måle deltagerens tilfredshet med egen livssituasjon.

#### ***Resultater:***

47 % i intervensjonsgruppen var svært fornøyd mot 25 % i kontrollgruppen (p<0,01).

Outpatient Service Trialists (20) undersøkte effekten av ulike rehabiliterings tilbud for slagpasienter som bor hjemme og er omtalt på side 33.

### ***Ergoterapi***

Én studie (n=138) undersøkte effekten ”pasientsentrert” ergoterapi i 6 uker. Den andre studien (n=65) hadde tre ”armer” og undersøkte effekten av hjelp til fritidsaktiviteter med vanlig ergoterapi og ingen ergoterapi.

#### ***Resultater og konklusjon:***

Meta-analyse fra to studier (n=167 deltagere) viste ingen signifikant bedring av livskvalitet for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,17, KI -0,14 to 0,48)

Konklusjon: Det er ikke avklart om ergoterapi (hjemme) påvirker livskvalitet for slagpasienter.

### ***Fysioterapi***

En liten studie undersøkte effekten av et 12 ukers treningsprogram (3 ganger per uke) med vekt på styrke, balanse og utholdenhet.

### *Resultater og konklusjon:*

Resultat fra en liten studie (n=20) viste ingen signifikant bedring av livskvalitet for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,04, KI -0,83 to 0,92)

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om fysioterapi påvirker livskvalitet for slagpasienter

### ***Tverrfaglige behandling***

En liten studie undersøkte effekten av tverrfaglig team, bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Intervensjonen varte i tre måneder (en gang daglig).

### *Resultater og konklusjon:*

Resultat fra en liten studie (n=32) viste ingen signifikant økning av livskvalitet for slagpasienter som bor hjemme (SMD 0,47, KI -0,23 til 1,18).

Konklusjon: Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om tverrfaglig behandling påvirker livskvalitet for slagpasienter

Godfrey (26) har undersøkt effekten av offentlig eller privat hjemmetjenester er omtalt på side 39.

### ***Korttidsintervensjoner:***

Én kontrollert studie rapporterte livskvalitet. Studien undersøkte effekten av hjelp opp til 15 timer i uken i 10 uker etter utskrivning fra sykehus for å frigjøre sykehussenger.

### *Resultater og konklusjon:*

Studien viste ingen signifikant bedring av livskvalitet etter utskrivning av svake eldre som hadde risiko for forlenget opphold på sykehus.

Konklusjon: Det er usikkert om korttidsintervensjoner har effekt på livskvalitet hos svake eldre skrevet ut fra sykehus.

### ***Skrøpelige eldre (Langtidsintervensjoner):***

Tre kvasirandomiserte studier rapporterte livskvalitet. To av studiene undersøkte pleieinnsats (individuell plan; tverrfaglig - med diett, personlig stell, hjelp for inkontinens, sosial støtte, hushjelp og dagligaktiviteter) som alternativ til innleggelse på institusjon eller sykehus for skrøpelige eldre. Én studie (12 mnd oppfølging) undersøkte ulike former for hjelp (individuell plan; hjemmehjelp, transporttjeneste, sosial aktivitet) for å forhindre eller unngå unødvendig opphold på institusjon.

### *Resultater og konklusjon:*

Tre studier viste signifikant bedring av livskvalitet.

Konklusjon: Langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig med praktisk hjelp) har trolig effekt på livskvalitet hos de dårligste eldre som bor hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem

### **Oppsummering livskvalitet:**

- Langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig) har trolig effekt på livskvalitet hos de dårligste eldre som bor hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem.
- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om ergoterapi og fysioterapi og tverrfaglige intervensjoner har effekt på livskvalitet hos slagpasienter.
- Kvalitetene på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på livskvalitet hos eldre og yngre brukere.

---

## **UTFALL: BRUKERTILFREDSHET**

---

Vi inkluderte tre oversikter om brukertilfredshet.

SR	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Resultat
<b>Mayo-Wilson (2008)</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>2/1002</i>	Voksne (19-64) Fysisk og mentalt handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	Motstridende resultater fra to studier
<b>May-Wilson (2008)</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>1/817</i>	Voksne (19-64) Fysisk handikap	Personlig ass.	Standard plei og omsorg	Resultater fra én studie (n=817) viste signifikant forskjell (p<0,01)
<b>Montgomery (2008)</b> <i>Kvalitet: Høy</i> <i>Studier/deltagere:</i> <i>4/1642</i>	Voksne (+65) uten mentalt handikap	Personlig ass.	Standard pleie og omsorg	Motstridende resultat fra to studier

Mayo-Wilson (27) har undersøkt effekten av personlig assistanse for yngre voksne med både fysisk og psykisk svekkelse, og studien er omtalt på side 31.

### **Personlig assistent for yngre brukere**

#### **Resultater:**

En stor randomisert studie (med stort frafall) viste at 68 % i intervensjonsgruppen og 48 % i kontrollgruppen (p<0,01) var svært fornøyd med tilbudet.

Én kontrollert studie viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene

Mayo-Wilson (28) har undersøkt effekten av personlig assistanse for voksne (19-64) med fysiske handikap og betydningen for familie og omsorgspersoner, og studien er omtalt på side 31.

### **Personlig assistent for yngre brukere med bare fysisk svekkelse**

### *Resultater:*

En stor randomisert studie (med stort frafall) viste at 52 % i intervensjonsgruppen og 35 % i kontrollgruppen ( $p < 0,01$ ).

Montgomery (29) har undersøkt effektene av ulike former for personlig assistanse for eldre med redusert funksjon og uten demens og er omtalt på side 31.

### ***Personlig assistent for eldre brukere***

#### *Resultater:*

En stor randomisert studie (med stort frafall) viste at 57 % i intervensjonsgruppen og 37 % i kontrollgruppen ( $p < 0,01$ ) var svært tilfreds med tilbudet. Én kontrollert studie viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Oppsummering av brukertilfredshet:

- Kvaliteten på tilgjengelig forskning er for lav til å avgjøre om personlig assistent har effekt på tilfredshet hos yngre og eldre brukere

---

## **UTFALL: KOSTNADER**

---

Tre systematiske oversikter (personlig assistent) fra USA (27;28;29) omtalte kostnader, men det er ikke gjort kostnadsanalyser.

---

# Diskusjon

Denne kunnskapsoppsummeringen er en oversikt over oversikter (paraplyoversikt), dvs. at vi har søkt etter, hentet inn, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra eksisterende systematiske oversikter. Vi har oppsummert ni systematiske oversikter i denne rapporten som dekker ulike intervensjoner for flere pasientgrupper innenfor kommunale hjemmetjenester. Vi har funnet systematiske oversikter av forholdsvis ny dato som kan belyse deler av vårt hovedspørsmål, og vi har derfor valgt å ikke gå videre med søk på enkeltstudier innenfor de rammer oppdraget hadde.

Oppsummeringen viser at ergoterapi trolig har en liten, positiv effekt på sosial deltakelse hos slagpasienter som er kommet hjem fra sykehus/rehabiliteringsopphold. Det ser ut til at ulike gruppeaktiviteter reduserer isolasjon og ensomhet hos eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger. Tverrfaglige tiltak har trolig en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos eldre generelt. Ergoterapi har trolig en liten, positiv effekt på fysisk funksjon hos slagpasienter og pasienter med leddgikt som bor hjemme. Ellers viser denne oppsummeringen at langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig med praktisk hjelp) trolig bedrer livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som bor hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem. Vi vet lite om brukertilfredshet og kostnader. Vi har bare identifisert systematiske oversikter innen rehabilitering og eldreomsorg, og har ikke funnet oversikter som vurderte tiltak innen psykisk helsearbeid og rus- og avhengighetsarbeid.

En slik paraplyoversikt kan være en effektiv måte å få en oversikt over forskningsfeltet på, men det er viktig å understreke at dette ikke gir uttømmende kunnskap på området: Det finnes enkeltstudier av pasientgrupper og tiltak som ikke er inkludert i systematiske oversikter, og det kan foreligge gode enkeltstudier som ikke er inkludert her fordi de er foretatt etter den sist oppdaterte systematiske oversikten ble publisert. Det er også en utfordring å sammenstille resultater fra studier der både intervensjon, utfall og hvordan en måler disse kan variere. En svakhet ved systematiske oversikter er at denne type variasjoner i de enkeltstudier som inkluderes, ikke alltid er tilstrekkelig godt beskrevet i den systematiske oversikten. Oversiktene har også begrensede opplysninger om de enkelte tiltakene og konklusjonene kan være for generelle til å være nyttige å bruke i praksis. Det at en systematisk oversikt er av høy kvalitet, betyr ikke at alle enkeltstudiene i oversikten nødvendigvis er av høy kvalitet. Det er dessuten viktig å være klar over at selv om kvaliteten på tilgjengelig forskning er lav, ikke betyr at tiltaket ikke virker.



De fleste inkluderte oversiktene har fokusert på tiltak. Bare to av oversiktene omhandlet personell spesielt. Vi har identifisert studier av to yrkesgrupper med spesiell kompetanse i funksjonstrening og aktivisering: Ergoterapeuter og fysioterapeuter. Vi vet derfor lite om andre yrkesgrupper. Vi har også valgt å omtale personlige assistenter, en gruppe som ikke har noen formell kompetanse i forhold til funksjonstrening og aktivisering. Flere av oversiktene inkluderte tverrfaglige tiltak og gruppetrening. Det fremgår ikke hvilket personell som ble brukt i de ulike tiltakene.

Brukere av kommunale hjemmetjenester er i utgangspunktet en svært heterogen gruppe. Det er ulike terskler når en bruker får hjemmebaserte tjenester, og det er en vid definisjon av pleie- og omsorgsgruppen. Ulike helseproblemer kan føre til ulike hjelpebehov. Det er også forskjeller i tilbudet mellom de ulike kommunene i Norge.

Et hovedproblem ved å finne og vurdere forskningen, er at hjemmetjenesten er definert på forskjellige måter i litteraturen, ut fra hvilke tjenester som er gitt og hvem som er målgruppen. De fleste studiene er gjennomført i land utenom Skandinavia. Mange av studiene er fra USA. Det er få land utenfor Skandinavia som har en like utbygget velferdsmodell som den norske, og kan tilby så omfattende tjenester. Fra 1990 har det vært en nedbygging av institusjoner i mange vesteuropeiske land på linje med HVPU-reformen (4;31). Mange av studiene er gjennomført før denne reformen.

I flere av de inkluderte oversiktene er intervensjonen i kontrollgruppen dårlig beskrevet, og det er generelt en usikkerhet hva som er standard pleie og omsorg. I flere norske kommuner er for eksempel tiltak som fysioterapi og ergoterapi allerede deler av standard pleie- og omsorg innen rehabilitering, mens dette ikke er tilfelle i andre kommuner.

Et annet problem er at sosial deltagelse og aktivitet er avhengig av både personlige forhold og faktorer ved omgivelsene (32). Selv om det ikke foreligger noe offentlig tjenestetilbud, kan man likevel ha sosial kontakt og/eller aktiviteter. Eldre har også tilbud fra mange ulike organisasjoner og andre frivillige rundt seg, familie, venner osv. Det er også andre forhold som kan spare kommunen for personell, slik som for eksempel hjelpemiddelsentral og bruk av IKT-løsninger. Enkeltstudiene i de systematiske oversiktene definerer dessuten selve begrepet sosial deltagelse forskjellig. Sosial deltagelse er også avhengig av transportmuligheter, tilpasning av transportmidler og fremkommelighet (13).

Vi vil videre nevne noen andre momenter som kan være gjenstand for debatt: Antall stillinger er en faktor som kan påvirke tjenestene. Selv om det har vært en svak økning av antall personell per bruker, opplever mange av dem som arbeider i tjenesten nedskjæringer og krav om effektivisering. Samtidig er det altså en oppfatning at omsorgstjenesten bør endres fra mer passiv pleie og omsorg til å stimulere til aktivitet og deltagelse for brukere med hjelpebehov. Det er interessant å merke seg at det har vært en stor økning i ansettelsen av personlig assistenter i Norge, selv om vi ikke kan vite hva slags formell eller reell kompetanse de har. Det har vært gjennomført en rekke reformer i norsk helsevesen uten at disse reformene har vært evaluert.

---

# Konklusjon

Oversiktene kan bare delvis besvare vår problemstilling. Det foreligger lite forskning om effekten av å bruke personell med spesiell kompetanse i kommunale hjemmetjenester. Vi har ikke funnet systematiske oversikter som vurderte tiltak innen psykisk helse og rus- og avhengighetsomsorg. Når det gjelder eldre ser det ut til at aktiviteter i grupper reduserer isolasjon og ensomhet. For slagpasienter som nettopp er kommet hjem fra sykehus/rehabilitering har ergoterapi trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet. Om dette gjelder for andre pasientgrupper vet vi foreløpig ikke. Tverrfaglige tiltak har en liten effekt på fysisk funksjon hos eldre og ergoterapi har muligens en liten effekt på fysisk funksjon hos pasienter med slag og leddgikt. Langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig med praktisk hjelp) bedrer trolig livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som bor hjemme. Vi har lite informasjon om brukertilfredshet og kostnader.

---

## BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

---

Vi mangler foreløpig gode systematiske oversikter som kan gi informasjon om hvilket personell som best fremmer sosial deltakelse og aktivitet. Vi mangler også systematiske oversikter vedrørende gruppetrening og individuelle tiltak. Det er en jobb å gjøre for fagmiljøene med hensyn til å gjennomføre og sammenstille studier av god kvalitet, slik at vi kan få økt kunnskap og bedre beslutningsgrunnlag.

Det er behov for gode enkeltstudier. Det er også behov for norske studier på feltet for eksempel vedrørende effekten av personlig assistent.

---

# Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.St.meld. nr. 25 (2005-2006).
2. Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV-1982-11-19-66 Helse- og omsorgsdepartementet, 1982.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Etablering av undervisningshjemmetjenster. 2009. St.prp.nr 1 (2008-2009).
4. Algera M, Francke AL, Kerkstra A, van der Zee J. Home care needs of patients with long-term conditions: literature review. *J Adv Nurs* 2004;46 (4):417-29.
5. Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). LOV-1991-12-13-81 Helse- og omsorgsdepartementet, 1991.
6. Romøren TI. Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? *Aldring og livsløp* 2007;24 (1):2-33.
7. Arbeid- og inkluderingsdepartementet. Fra bruker til borger. 2001. NOU nr. 22.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet; 1999. St.prp. nr. 1 (2007-2008).
9. Abrahamsen DR. Pleie- og omsorgstjenester. *Samfunnsspeilet* 2004;18 (4):30-2.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for rusfeltet.St.prp. nr. 1 (2007-2008).
11. Vik K. Hvordan erfares deltakelse for personer som mottar tjenester i hjemmet? *Ergoterapeuten* 2008;51 (8):24-30.
12. Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56A (7):M412-M423.
13. Jonsson A, Gustafson Y, Schroll M, Hansen FR, Saarela M, Nygaard H, et al. Geriatric rehabilitation as an integral part of geriatric medicine in the Nordic countries. *Dan Med Bull* 2003;50 (4):439-45.
14. Dahan-Oliel N, Gelinas I, Mazer B. Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Crit Rev Phys Rehab Med* 2008;20 (2):159-76.
15. Kultur og Kyrkjedepartementet. Frivillighet for alle. 2009. St.meld. nr. 39 (2006-2007).
16. Frivillige organisasjoner. Oslo: Kultur- og kirke departementet; 1988. NOU 1988:17.
17. Burns E, Haslinger-Baumann E. [Evaluation of the nursing diagnosis "social isolation" and the use of evidence-based nursing]. *Pflege* 2008;21 (1):25-30.

18. Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4)
19. Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne P, Dewey M, Corr S, et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke* 2004;35 (9):2226-32.
20. Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1):CD002925.
21. Bhogal SK, Teasell RW, Foley NC, Speechley MR. Community reintegration after stroke. *Top Stroke Rehabil* 2003;10 (2):107-29.
22. Carlson M, Fanchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *Am J Occup Ther* 1996;50 (2):89-98.
23. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371 (9614):725-35.
24. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25 (1):41-67.
25. Forbes DA. Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *Can J Nurs Res* 1998;30 (2):67-86.
26. Godfrey M, Randall T, Long A, Grant M. Review of effectiveness and outcomes: home care. Prepared for the Centre for Evidence-Based Social Services. Exeter: Univeristy of Exeter, Centre for Evidence-Based Social Services; 2000.
27. Mayo-Wilson E, Montgomery P, Dennis J. Personal assistance for adults (19-64) with both physical and intellectual impairments. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2):CD006860.
28. Mayo-Wilson E, Montgomery P, Dennis JA. Personal assistance for adults (19-64) with physical impairments. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3):CD006856.
29. Montgomery P, Mayo-Wilson E, Dennis J. Personal assistance for older adults (65+) without dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1):CD006855.
30. Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton SG. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. *Can J Occup Ther* 2003;70 (4):214-25.
31. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull* 2006;79-80:245-58.
32. Hunt LA, Arbesman M. Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *Am J Occup Ther* 2008;62 (2):136-48.

---

# Vedlegg

---

## VEDLEGG 1: MÅLEINSTRUMENTER

---

### *UCLA Loneliness Scale*

O indicates "I **o**ften feel this way"  
S indicates "I **s**ometimes feel this way"  
R indicates "I **r**arely feel this way"  
N indicates "I **n**ever feel this way"

1. How often do you feel unhappy doing so many things alone? O S R N
2. How often do you feel you have nobody to talk to? O S R N
3. How often do you feel you cannot tolerate being so alone? O S R N
4. How often do you feel as if nobody really understands you? O S R N
5. How often do you find yourself waiting for people to call or write? O S R N
6. How often do you feel completely alone? O S R N
7. How often do you feel you are unable to reach out and communicate with those around you? O S R N
8. How often do you feel starved for company? O S R N
9. How often do you feel it is difficult for you to make friends? O S R N
10. How often do you feel shut out and excluded by others? O S R N

**Nottingham Extended Activities of Daily Living Index (EADL)**

NOTTINGHAM EXTENDED  
ACTIVITIES OF DAILY LIVING  
(EADL) INDEX

PATIENT'S NAME: \_\_\_\_\_

HOSPITAL NUMBER: \_\_\_\_\_

0 = Not at all  
1 = With help  
2 = Alone with difficulty  
3 = Alone easily

**DO YOU.....**

	<i>Comments</i>	<i>Date</i>			
<b>MOBILITY</b>					
- walk around outside?					
- climb stairs?					
- get in and out of the car?					
- walk over uneven ground?					
- cross roads?					
- travel on public transport?					
TOTAL					
<b>IN THE KITCHEN</b>					
- manage to feed yourself?					
- make yourself a hot drink?					
- take hot drinks from one room to another?					
- do the washing up?					
- make yourself a hot snack?					
TOTAL					
<b>DOMESTIC TASKS</b>					
- manage your own money when out?					
- wash small items of clothing?					
- do your own shopping?					
- do a full clothes wash?					
TOTAL					
<b>LEISURE ACTIVITIES</b>					
- read newspapers and books?					
- use the telephone?					
- write letters?					
- go out socially?					
- manage your own garden?					
- drive a car?					
TOTAL					
<b>GRAND TOTAL</b>					

---

## VEDLEGG 2: SØKESTRATEGI

---

### Ovid MEDLINE (R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE (R) 1950 to Present

Dato: 28.10.2008

Treff: 725

1. exp Home Care Services/
2. Residential Facilities/ or assisted living facilities/ or halfway houses/ or homes for the aged/ or Group homes/
3. (home or homes or homecare\* or homebase\*).tw.
4. (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*).tw.
5. (residential adj2 (aged?care or care or healthcare or service\*)).tw.
6. (halfway hous\* or (supported adj2 hous\*)).tw.
7. community health services/ or community health nursing/ or community mental health services/
8. (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw
9. or/1-8
10. exp Professional Competence/ or exp Education, continuing/
11. (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*).tw.
12. "Health Personnel"/ or Allied Health Personnel/ or personnel management/ or personnel delegation/
13. (personnel\* or staff\*).tw.
14. Nurses/ or Nursing staff/ or exp "Physical Therapy (Specialty)"/ or Specialties, Nursing/ or Family nursing/ or Psychiatric Nursing/ or Rehabilitation Nursing/ or exp Social work/ or Counseling/ or Directive Counseling/ or Health Educators/ or Audiology/ or Speech-Language Pathology/ or exp Physical Therapy Modalities/ or exp Rehabilitation/
15. (nurse\* or audiol\* or ( (speech adj2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counsel?or\* or welfare officer\* or case worker\* or caseworker\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or education-alist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or functional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social educat\*).tw.
16. (multidisciplinary or interdisciplinary or multifactorial or multi-factorial).tw.
17. exp Patient care team/
18. or/10-17
19. Social adjustment/ or Social isolation/
20. ( (social\* or occupational\* or cultural\* or leisir\*) adj2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\*)).tw.
21. ( (physical adj (activit\* or function\*) or (activity adj2 level\*) or active living).tw.
22. or/19-21
23. 9 and (18 or 22)
24. ( (systematic\* adj4 review\*) or medline or pubmed).tw. or meta-analysis.pt.
25. 24 and 23

**EMBASE** 1980 to 2008 Week 43

Dato: 28.10.2008

Treff: 488

1. exp Home Care/ or home/ or home mental health care/ or home rehabilitation/
2. Residential Home/ or assisted living facility/ or halfway house/ or home for the aged/
3. (home or homes or homecare\* or homebase\* or domestic healthcare or (domestic adj2 care)).tw.
4. (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*).tw.
5. (residential adj2 (aged?care or care or healthcare or service\*)).tw.
6. (halfway hous\* or (supported adj2 hous\*)).tw.
7. community care/ or community based rehabilitation/ or community program/ or community health nursing/ or community psychiatric nursing/
8. (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw
9. or/1-8
10. competence/ or clinical competence/ or nursing competence/ or professional competence/ or Continuing Education/
11. (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*).tw.
12. personnel/ or health care personnel/ or mental health care personnel/ or personnel management/ or health care personnel management/
13. (personnel\* or staff\*).tw.
14. exp nurse/ or audiologist/ or occupational therapist/ or occupational therapy assistant/ or physiotherapist/ or physiotherapist assistant/ or speech language pathologist/ or psychiatric nursing/ or social worker/ or social work practice/ or counseling/ or directive counseling/ or patient counseling/ or health eucator/ or psychologist/ or art therapy/ or music therapy/ or exp physiotherapy/ or rehabilitation/ or community based rehabilitation/ or community reintegration/ or functional training/ or occupational therapy/ or psychosocial rehabilitation/ or vocational rehabilitation/
15. (nurse\* or audiol\* or ( (speech adj2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counsel?or\* or welfare officer\* or case worker\* or caseworker\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or education- alist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or functional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social educa- t\*).tw.
16. (multidisciplinary or interdisciplinary or multifactorial or multi-factorial).tw.
17. patient care team\*.tw.
18. or/10-17
19. social interaction/ or social isolation/
20. ( (social\* or occupational\* or cultural\* or leisir\*) adj2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\*)).tw.
21. exp physical activity/
22. ( (physical adj (activity or function\*)) (activity adj2 level\*) or active living).tw.
23. or/19-22
24. 9 and (18 or 23)
25. ( (systematic\* adj4 review\*) or medline or pubmed or meta-analysis).tw.
26. 24 and 25



## PsycINFO

Dato: 29.10.2008

Treff: 247

1. home care/ or home visiting programs/ or home care personnel/
2. group homes/ or halfway houses/ or Residential Care Institutions/
3. (home or homes or homecare\* or homebase\*).tw.
4. (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*).tw.
5. (residential adj2 (aged?care or care or healthcare or service\*)).tw.
6. (halfway hous\* or (supported adj2 hous\*)).tw.
7. community mental health services/ or community services/ or community mental health/ or community psychiatry/ or community psychology/ or Community Welfare Services/
8. (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw
9. or/1-8
10. competence/ or professional competence/ or Employee Skills/ or Professional Standards/ or Continuing Education/
11. (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*).tw.
12. home care personnel/ or personnel/ or paraprofessional personnel/ or Health Personnel/ or exp Allied Health Personnel/
13. (personnel\* or staff\*).tw.
14. counselors/ or rehabilitation counselors/ or educational psychologists/ or psychologists/ or educational personnel/ or nurses/ or psychiatric nurses/ or mental health personnel/ or psychiatric nurses/ or psychiatric social workers/ or occupational therapists/ or exp psychologists/ or exp social workers/ or occupational therapists/ or physical therapists/ or speech therapists/ or exp rehabilitation/ or audiology/ or educational counseling/ or educational therapy/ or art therapy/ or music therapy/ or psychoeducation/ or speech therapy/ or child care workers/ or child welfare/
15. (nurse\* or audiol\* or ( (speech adj2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counsel?or\* or welfare officer\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or educationalist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or functional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social educat\*).tw.
16. (multidisciplinary or interdisciplinary or multifactorial or multi-factorial).tw.
17. patient care team\*.tw.
18. or/10-17
19. social adjustment/ or social integration/ or social isolation/
20. ( (social\* or occupational\* or cultural\* or leisur\*) adj2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\*)).tw.
21. physical activity/ or active living/ or activity level/
22. ( (physical adj (activit\* or function\*)) or activity level\* or active living).tw.
23. or/19-22
24. 9 and (18 or 23)
25. ( (systematic\* adj4 review\*) or medline or pubmed or meta-analysis).tw.
26. 24 and 25

## British Nursing Index and Archive 1985 to October 2008

Dato: 28.10.2008

Treff: 23

1. home care services/ or community health services/ or community care/ or community nursing/ or health visiting/ or mental health community care/
2. (home or homes or homecare\* or homebase\*).tw.
3. (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*).tw.
4. (residential adj2 (aged?care or care or healthcare or service\*)).tw.
5. (halfway hous\* or (supported adj2 hous\*)).tw.
6. (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw
7. or/1-6
8. (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*).tw.
9. personnel management/
10. (personnel\* or staff\*).tw.
11. exp nurses enrolled/ or exp nursing/ or exp nursing care/
12. exp physiotherapy/
13. exp rehabilitation/
14. exp occupational therapy/
15. social work/
16. exp counselling/
17. patients education/
18. (nurse\* or audiol\* or ( (speech adj2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counsel?or\* or welfare officer\* or case worker\* or caseworker\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or education-  
alist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or functional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social educat\*).tw.
19. (multidisciplinary or interdisciplinary or multifactorial or multi-factorial).tw.
20. multidisciplinary teams/
21. ( (social\* or occupational\* or cultural\* or leisur\*) adj2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\*)).tw.
22. ( (physical adj (activit\* or function\*)) or (activity adj2 level\*) or active living).tw.
23. or/8-22
24. 7 and 23
25. ( (systematic adj4 review\*) or medline or pubmed or meta-analysis).tw.
26. 25 and 24

**AMED (Allied and Complementary Medicine) 1985 to October 2008**

Dato; 28.10.2008

Treff: 69

1. exp home care services/
2. residential facilities/ or group homes/ or homes for the aged/
3. community health services/ or community health nursing/ or community mental health services/
4. (home or homes or homecare\* or homebase\*).tw.
5. (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*).tw.
6. (residential adj2 (aged?care or care or healthcare or service\*)).tw.
7. (halfway hous\* or (supported adj2 hous\*)).tw.
8. (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw
9. or/1-8
10. exp professional competence/ or Education Continuing/
11. (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*).tw.
12. exp health personnel/
13. (personnel\* or staff\*).tw.
14. allied health/ or physical therapy speciality/ or psychiatry/ or rehabilitation speciality/ or social work/ or speech language pathology/ or Physiotherapy/ or Occupational therapy/ or Rehabilitation/
15. (nurse\* or audiol\* or ( (speech adj2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counsel?or\* or welfare officer\* or case worker\* or caseworker\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or education- alist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or func- tional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social edu- cat\*).tw.
16. (multidisciplinary or interdisciplinary or multifactorial or multi-factorial).tw.
17. Patient Care Team/
18. or/10-17
19. social adjustment/ or social isolation/
20. ( (social\* or occupational\* or cultural\* or leisur\*) adj2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\* or activit\*)).tw.
21. ( (physical adj (activit\* or function\*)) or (activity adj2 level\*) or active living).tw.
22. or/19-21
23. 9 and (18 or 22)
24. ( (systematic\* adj4 review\*) or medline or pubmed or meta-analysis).tw.
25. 23 and 24

Søket ble endret 5.2.2009. Dette ga 1 ekstra treff.

Linje 8 ble endret til:

(community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)).tw. or (living in the communit\*).tw

## Cochrane Library, 2008 issue 4

Dato: 28.10.2008

Treff: 271 (Cochrane Database of systematic review, DARE, HTA)

### ID Search

- #1 MeSH descriptor Home Care Services explode all trees
- #2 MeSH descriptor Residential Facilities, this term only
- #3 MeSH descriptor Assisted Living Facilities explode all trees
- #4 MeSH descriptor Halfway Houses explode all trees
- #5 MeSH descriptor Homes for the Aged explode all trees
- #6 MeSH descriptor Group Homes explode all trees
- #7 (home or homes or homecare\* or homebase\* or "living in the community"):ti,ab,kw
- #8 (domicil\* or shelter\* or living faciliti\*):ti,ab,kw
- #9 (residential near/2 (aged?care or care or healthcare or service\*)):ti,ab,kw
- #10 (halfway hous\* or (supported near/2 hous\*)):ti,ab,kw
- #11 MeSH descriptor Community Health Services, this term only
- #12 MeSH descriptor Community Health Nursing, this term only
- #13 MeSH descriptor Community Mental Health Services, this term only
- #14 (community-based or (community near/2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)):ti,ab,kw
- #15 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14)
- #16 MeSH descriptor Professional Competence explode all trees or MeSH descriptor Education, Continuing explode all trees
- #17 (competen\* or qualifi\* or unqualifi\* or un-qualifi\* or professional\* or non-professional\* or nonprofessional\*):ti,ab,kw
- #18 MeSH descriptor Health Personnel, this term only
- #19 MeSH descriptor Allied Health Personnel, this term only
- #20 MeSH descriptor Personnel Management, this term only
- #21 MeSH descriptor Personnel Delegation, this term only
- #22 (personnel\* or staff\*):ti,ab,kw
- #23 MeSH descriptor Physical Therapy (Specialty) explode all trees
- #24 MeSH descriptor Physical Therapy Modalities explode all trees
- #25 MeSH descriptor Rehabilitation explode all trees
- #26 MeSH descriptor Specialties, Nursing, this term only
- #27 MeSH descriptor Family Nursing explode all trees
- #28 MeSH descriptor Psychiatric Nursing, this term only
- #29 MeSH descriptor Rehabilitation Nursing, this term only
- #30 MeSH descriptor Public Health Nursing, this term only
- #31 MeSH descriptor Social Work explode all trees
- #32 MeSH descriptor Counseling, this term only
- #33 MeSH descriptor Directive Counseling explode all trees
- #34 MeSH descriptor Health Educators, this term only
- #35 MeSH descriptor Nursing Staff, this term only
- #36 MeSH descriptor Nurses, this term only
- #37 MeSH descriptor Health Education, this term only
- #38 MeSH descriptor Audiology explode all trees
- #39 MeSH descriptor Speech-Language Pathology, this term only
- #40 (nurse\* or audiol\* or ( (speech near/2 (patholog\* or therap\* or treatment\*)) or language therap\* or logoped\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupational therap\* or social work\* or psycholog\* or counselor\* counsellor\* or welfare officer\* or case worker\* or caseworker\* or case-worker\* or music therap\* or art therap\* or educator\* or educationalist\* or educationist\* or activator\* or child care work\* or function\* train\* or functional therap\* or skill\* therap\* or rehabilitat\* or hearing educat\* or social educat\*)):ti,ab,kw

- #41 (multidisciplinary or interdisciplinary):ti,ab,kw or MeSH descriptor Patient Care Team explode all trees
- #42 (#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41)
- #43 MeSH descriptor Social Adjustment, this term only
- #44 MeSH descriptor Social Isolation, this term only
- #45 ((social\* or occupational\* or cultural\* or leisur\*) near/2 (adapt\* or participa\* or activit\* or activat\* or isolat\* or adjust\* or function\*)):ti,ab,kw
- #46 (physical activit\* or (activity near/2 level\*)):ti,ab,kw
- #47 (#43 OR #44 OR #45 OR #46)
- #48 (#42 OR #47)
- #49 (#15 AND #48)

## CRD Databases

Dato: 28.10.2008

Treff: 459 (DARE, HTA)

- # 1 MeSH Home Care Services EXPLODE 1 2
- # 2 MeSH Residential Facilities
- # 3 MeSH Assisted Living Facilities
- # 4 MeSH Halfway Houses
- # 5 MeSH Homes for the Aged
- # 6 MeSH Group Homes
- # 7 home OR homes OR homecare\* OR homebase\* or "living in the community" (community adj2 (based or care or healthcare or service\* or nurs\* or rehabilitat\* or physiotherap\* or physical therap\* or therap\* or treatment\*)):tw. or (living in the communit\*).tw
- # 8 domicil\* OR shelter\* OR "living faciliti\*"
- # 9 "residential aged-care" OR "residential care" OR "residential healthcare" OR "residential health service"
- # 10 "halfway hous\*"
- # 11 "supported hous\*"
- # 12 MeSH Community Health Services
- # 13 MeSH Community Health Nursing EXPLODE 2
- # 14 MeSH Community Mental Health Services
- # 15 ("community-based" OR "community based" OR "community care" OR "community healthcare" OR "community healthcare" OR "community nursing" OR "community rehabilitation" OR "community physiotherapy" OR "community physical therapy" OR "community treatment" ) AND :ti
- # 16 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15
- # 17 MeSH Professional Competence EXPLODE 1 or MeSH Education, Continuing EXPLODE 1
- # 18 competen\* OR qualifi\*
- # 19 MeSH Health Personnel EXPLODE 2
- # 20 MeSH Allied Health Personnel EXPLODE 2
- # 21 MeSH Personnel Management
- # 22 MeSH Personnel Delegation
- # 23 (personnel\* OR staff\* ) AND :ti
- # 24 MeSH Nurses
- # 25 MeSH Nursing Staff
- # 26 MeSH Physical Therapy (Specialty) EXPLODE 1
- # 27 MeSH Specialties, Nursing
- # 28 MeSH Family Nursing EXPLODE 1
- # 29 MeSH Psychiatric Nursing EXPLODE 1 2

# 30 MeSH Rehabilitation Nursing EXPLODE 1 2  
 # 31 MeSH Social Work EXPLODE 1 2  
 # 32 MeSH Counseling  
 # 33 MeSH Directive Counseling EXPLODE 1 2 3  
 # 34 MeSH Health Educators EXPLODE 1  
 # 35 MeSH Audiology EXPLODE 1  
 # 36 MeSH Speech-Language Pathology EXPLODE 1  
 # 37 MeSH Physical Therapy Modalities EXPLODE 1  
 # 38 MeSH Rehabilitation EXPLODE 1 2 3  
 # 39 nurse\* OR audiol\* OR "speech patholog\*" OR "speech-language patholog\*" OR "speech therap\*" OR "language therap\*" OR logoped\* OR physiotherap\* OR "physical therap\*" OR "occupational therap\*" OR "social work\*" OR psychologist\* OR counselor\* OR counsellor OR "welfare officer\*" OR "case worker\*" OR caseworker\* OR "case-worker\*" OR "music therap\*" OR "art therap\*" OR educator\* OR educationalist\* OR educationist\* OR activator\* OR "child care work\*" OR "function train\*" OR "functional therap\*" OR "skill therap\*" OR rehabilitat\* OR "hearing educat\*" OR "social educat\*" or MeSH Patient Care Team EXPLODE 1  
 # 40 MeSH Social Adjustment EXPLODE 1  
 # 41 MeSH Social Isolation EXPLODE 1 2  
 # 42 "social participa\*" OR "social activ\*" OR "social isolat\*" OR "social adjust\*" OR "social function\*"

### ISI Web of Knowledge

Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED)--1975-present

Social Sciences Citation Index (SSCI)--1975-present

Arts & Humanities Citation Index (A&HCI)--1975-present

Dato: 28.10.2008

Treff: 353

Topic= (homecare or "home-care" or homebased or "home-based" or homes or home or "community-based" or "community care" or "community healthcare" or "community health" or "community service\*") AND Topic= (personnel\* or staff or competen\* or qualificat\* or skill\* or "continuing education" or "patient care team\*" or "multidisciplinary team\*" or "interdisciplinary team\*" or nurse\* or audiolog\* or "language therap\*" or logoped\* or physiotherap\* or "physical therap\*" or "occupational therap\*" or "social work\*" or psycholog\* or counselor\* or counsellor\* or "welfare officer\*" or "case work\*" or casework\* or "music therap\*" or "art therap\*" or educator\* or educationalist\* or educationist\* or activator\* or "child care work\*" or "functional train\*" or "functional therap\*" or "skills therap\*" or "hearing educat\*" or "social educat\*") AND Topic= (medline or pubmed or "systematic review\*" or "systematically reviewed" or "systematic literature review" or "meta-analysis")

**SveMed+**

Dato: 30.10.2008

Treff: 7

Sökmängd Sökvillkor

- [S1](#) *Explodesökning på Home-Care Services*
- [S2](#) Residential-Facilities.fm.
- [S3](#) Assisted-Living Facilities.fm.
- [S4](#) Halfway-Houses.fm.
- [S5](#) Homes-for the Aged.fm.
- [S6](#) Group-Homes.fm.
- [S7](#) hjemmetjeneste\$ OR hjemme OR hjem OR hjemmebasert\$ OR "egen bolig" OR hjemmepleie\$
- [S8](#) hemtjänst\$ OR hemma OR hemvård\$ OR "egna hem"
- [S9](#) hemsjukvård\$ OR hjemmesykepleie\$ OR hjemmesygepleje\$
- [S10](#) hem
- [S12](#) *Explodesökning på Professional-Competence*
- [S13](#) *Explodesökning på Education, -Continuing*
- [S14](#) kvalifi\$ OR kompet\$ OR videreutdanning\$ OR Vidareutbildning\$ OR videreuddannelse\$ OR personel\$
- [S17](#) AND *Explodesökning på Health-Personnel*
- [S18](#) Sjukvårdsperson\$ OR helsoperson\$ OR helseperson\$ OR pleieperson\$ OR plejeperson\$ OR sundhedsperson\$
- [S24](#) *Explodesökning på Review*
- [S25](#) *Explodesökning på Review-Literature as Topic*
- [S34](#) oversikts\$ OR oversigts\$ OR review\$ OR översikts\$ OR kunnskapsoppsummering\$ OR litteraturoversikt\$ OR litteraturöversikt\$ OR literaturoversigt\$ OR litteraturoversigt\$
- [S35](#) S24 OR S25 OR S34
- [S40](#) S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10
- [S41](#) S12 OR S13 OR S14 OR S17 OR S18
- [S42](#) S40 AND S41
- [S43](#) S42 and S35
- [S44](#) S42 (Översiktsartiklar)
- [S46](#) S43 OR S44

**PEDro** Dato: 30.10.2008

Treff: 111

Title and abstract: home

And

Method: systematic review

**OT Seeker** Dato: 13.11.2008

Treff: 160

Keywords: home\*

Method: systematic review

---

### VEDLEGG 3: SJEKKLISTER FOR KRITISK VURDERING

---

EPOC-alternativet	Ja	Delvis uklart	Nei
1 Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
2 Var litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomført referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?			
3 Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
4 Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
5 Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
6 Ble disse kriteriene brukt?			
7 Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
8 Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
9 Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
10 Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Høy	Moderat	Mangelfull

EPOC har laget noen kriterier for hvordan man besvarer spørsmål 10, som er tilgjengelig i Kunnskapssenteret.



---

## VEDLEGG 4: EKSKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER

---

<b>Study first author</b>	<b>Cause for exclusion of study</b>
1) NCCHTA 2000	Intervention
2) Ahuriri-Driscoll 2004	Intervention
3) Algera M 2004	Intervention
4) Ayalon L 2006	Intervention
5) Baker NA 2001	Comparison
6) Balogh R 2008	Participants
7) Barbato A 2000	Intervention
8) Barton R 1999	Participants
9) Bhogal SK 2003	Comparison
10) Bilney B 2003	Study design
11) Bond 1997	Participants
12) Bonsall 2008	Intervention
13) Bradshaw 2005	Intervention
14) Brooker 1996	Intervention
15) Brooker 1996	Intervention
16) Bruce 2005	Comparison
17) Chard 2006	Study design
18) Conn 2003	Participants
19) Dahan-Oliel 2008	Intervention
20) Evans 2003	Participants
21) Fisher 2004	Intervention
22) Flannelly 2003	Study design
23) Gage 2004	Intervention
24) Glasscoe 2008	Participants
25) He Y 2007	Intervention
26) Hewitt 2007	Participants
27) Hunt 2008	Participants
28) Huss 2008	Participants
29) Jonsson 2003	Participants
30) Keysor 2001	Participants
31) Khan 2007	Intervention
32) Kwakkel 2007	Participants
33) Lehman 1995	Participants
34) Lehoux 2004	Study design
35) Levack 2006	Participants
36) Malcomson 2007	Intervention
37) Malone 2007	Comparison
38) Marshall 1998	Comparison (duplet)
39) Marshall 2000	Comparison
40) Marshall 1998	Participants (duplet)
41) Marshall 2000	Participants
42) Marshall 2001	Intervention
43) McWilliam 2000	Intervention
44) Opie 1999	Intervention
45) Power 2004	Study design
46) Roberts 2000	Participants
47) Simmonds 2001	Comparison
48) Smits 2007	Intervention
49) Stuck 2002	Intervention
50) Wieland 2003	Participants
51) Wright 2008	Participants

## Reference List

- (1) National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technology Assessment* Vol 11 No 35 2007;132.
- (2) Ahuriri-Driscoll A, Rasmussen P, Day P. Mental health services for older people: a critical appraisal of the literature. 2004.
- (3) Algera M, Francke AL, Kerkstra A, van der Zee J. Home care needs of patients with long-term conditions: literature review. *J Adv Nurs* 2004; 46 (4):417-429.
- (4) Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Arean PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia - A systematic review. *Arch Intern Med* 2006; 166 (20):2182-2188.
- (5) Baker NA, Tickle-Degnen L. The effectiveness of physical, psychological, and functional interventions in treating clients with multiple sclerosis: a meta-analysis. *Am J Occup Ther* 2001; 55 (3):324-331.
- (6) Balogh R, Ouellette-Kuntz H, Bourne L, Lunskey Y, Colantonio A. Organising health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 Issue 4. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2008.
- (7) Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (2):81-97.
- (8) Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (4):525-534.
- (9) Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 2003; 34 (4):987-992.
- (10) Bilney B, Morris ME, Perry A. Effectiveness of physiotherapy, occupational therapy, and speech pathology for people with Huntington's disease: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2003; 17 (1):12-24.
- (11) Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997; 48 (3):335-346.
- (12) Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45 (7):1090-1102.
- (13) Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 49 (6):634-654.
- (14) Brooker C, Repper J, Booth A. Examining effectiveness of community mental health nursing. *Mental Health Nursing* 1996; 16 (3):12-15.

- (15) Brooker C, Repper J, Booth A. The effectiveness of community mental health nursing: a review. *Journal of Clinical Effectiveness* 1996; 1 (2):44-50.
- (16) Bruce ML, Van Citters AD, Bartels SJ. Evidence-based mental health services for home and community. *Psychiatric Clinics of North America* 2005; 28 (4):1039-1060.
- (17) Chard SE. Community neurorehabilitation: a synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx* 2006; 3 (4):525-534.
- (18) Conn VS, Minor MA, Burks KJ, Rantz MJ, Pomeroy SH. Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (8):1159-1168.
- (19) Dahan-Oliel N, Gelinias I, Mazer B. Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 2008; 20 (2):159-176.
- (20) Evans CJ, Goodman C, Redfern S. Maintaining independence in the cognitively intact elderly care home population: A systematic review of intervention trials. *Reviews in Clinical Gerontology* 2003; 13 (2):163-174.
- (21) Fisher K. Nursing care of special populations: issues in caring for elderly people with mental retardation. *Nurs Forum* 2004; 39 (1):28-31.
- (22) Flannelly KJ, Weaver AJ, Smith WJ, Oppenheimer JE. A systematic review on chaplains and community-based clergy in three palliative care journals: 1990-1999. *Am J Hosp Palliat Care* 2003; 20 (4):263-268.
- (23) Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clin Rehabil* 2004; 18 (5):463-482.
- (24) Glasscoe CA, Quittner AL. Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3):CD003148
- (25) He Y, Li C. Morita therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- (26) Hewitt A, Larson S. The direct support workforce in community supports to individuals with developmental disabilities: Issues, implications, and promising practices. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13 (2):178-187.
- (27) Hunt LA, Arbesman M. Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *Am J Occup Ther* 2008; 62 (2):136-148.
- (28) Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63 (3):298-307.
- (29) Jonsson A, Gustafson Y, Schroll M, Hansen FR, Saarela M, Nygaard H et al. Geriatric rehabilitation as an integral part of geriatric medicine in the Nordic countries. *Dan Med Bull* 2003; 50 (4):439-445.

- (30) Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise? *Journals of Gerontology Series A - Biological Sciences and Medical Sciences* 2001; 56A (7):M412-M423.
- (31) Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2):CD006036.
- (32) Kwakkel G, de Goede CJT, van Wegen EEH. Impact of physical therapy for Parkinson's disease: A critical review of the literature. *Parkinsonism and Related Disorders* 2007; 13 (SUPPL. 3):S478-S487.
- (33) Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21 (4):645-656.
- (34) Lehoux P, Law S. Health care technology at home: issues in organization and delivery in Quebec. Montreal: Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Sante (AETMIS) 2004;102.
- (35) Levack WMM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clin Rehabil* 2006; 20 (9):739-755.
- (36) Malcomson KS, Dunwoody L, Lowe-Strong AS. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology* 2007; 254 (1):1-13.
- (37) Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3):CD000270.
- (38) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 1998 Issue 2* John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001089. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 1998.
- (39) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD001089.
- (40) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 1998 Issue 2* John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD000050. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 1998.
- (41) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000050.
- (42) Marshall MJ, Hutchinson SA. A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: a systematic literature review. *J Adv Nurs* 2001; 35 (4):488-496.
- (43) McWilliam CL, Diehl-Jones WL, Jutai J, Tadrissi S. Care delivery approaches and seniors' independence. *Canadian Journal on Aging* 2000; 19 (SUPPL. 1):101-124.
- (44) Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33 (6):789-799.

(45) Power M. After a stroke, ability with daily tasks of living improves after therapy based rehabilitation services. *Evidence-Based Healthcare* 2004; 8 (4):188-189.

(46) Roberts J, Browne G, Gafni A, Varieur M, Loney P, de Ruijter M. Specialized continuing care models for persons with dementia: a systematic review of the research literature. *Canadian Journal on Aging* 2000; 19 (1):106-126.

(47) Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001; 178:497-502.

(48) Smits CHM, de Lange J, Droes RM, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot AM. Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22 (12):1181-1193.

(49) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287 (8):1022-1028.

(50) Wieland D. The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2003; 48 (2):227-237.

(51) Wright N, Bartlett P, Callaghan P. A review of the literature on the historical development of community mental health services in the United Kingdom. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15 (3):229-237.

#### ***Ekskluderte systematiske oversikter på grunn av metodisk kvalitet***

Burns E, Haslinger-Baumann E. Evaluation of the nursing diagnosis "social isolation" and the use of evidence-based nursing. *Pflege* 2008; 21 (1):25-30.

#### ***Ekskluderte systematiske oversikter på grunn av overlappende innhold***

Carlson M, Fanchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *Am J Occup Ther* 1996; 50 (2):89-98.

Bhogal SK, Teasell RW, Foley NC, Speechley MR. Community reintegration after stroke. *TOP* 2003; 10 (2):107-129

Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne P, Dewey M, Corr S et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke* 2004; 35 (9):2226-2232.

Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4)

---

## VEDLEGG 5: TABELLER SYSTEMATISKE OVERSIKTER

---

<b>Nr. 1. Title</b>	Personal assistance for adults (19-64) without both physical and intellectual impairments
<b>Author Review Studies/participants</b>	<b>Mayo-Wilson, 2008</b> <b>High quality</b> 2/1002 from US
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of personal assistance programmes for adults (19-64) with both physical and intellectual impairments, and the impacts of personal assistance on partners, families and carers, compared to other interventions.
<b>Inclusion criteria:</b> Study design (S) Population (P)	S: Controlled design P: Adults (19-64) living in the community who require assistance to perform tasks of daily living.
Intervention (I)	I: Personal assistance defined as individualised support for people living in the community by a paid assistant other than a healthcare professional for at least 20 hours a week, which is provided for an indefinite period of time.
Control (C)	C: Usual care
Outcome (O)	Primary outcome: Global quality of life, user satisfaction, participation. Secondary outcome: Unmet needs, health outcomes, functional status, psychological outcomes, impact on others, cost
Exclusion criteria	Not specified
<b>Population</b>	Adults (19-64) living in the community who require assistance to perform tasks of daily living (bathing, eating, getting around etc.)
<b>Intervention/Control</b>	<b>Sherwood 1983:</b> Participants were placed in a home with a provider/match control group. <b>Carlson 2007:</b> monthly payment personal assistant in lieu of other medical services/usual care.
<b>Outcome/outcome measure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation (nine self-reported outcome measures)</li> <li>• Function: Instrumental activities of daily living scale (IADL) and two self-reported mobility scales</li> <li>• Quality of life a single question (not validated)</li> <li>• User satisfaction (Good Place Scale, Environment Satisfaction Scale)</li> </ul>
<b>Results</b>	<p><b>Sherwood 1983</b> (n=88) <i>Participation:</i> No differences in nine self-reported outcome measures. <i>User satisfaction:</i> Not significant (Good Place Scale) 4,39 versus 4,8 range 4 (most favourable) to 8 (least favourable). Not significant (Environment Satisfaction Scale) 10,82 versus 10,70 range 4 to 12. <i>Function:</i> Direct measure of function suggests that personal assistant does not improve functioning. Significant difference two self-reported mobility scales.</p> <p><b>Carlsson 2007</b> (n= 938) Quality of life measured by a single question: 64 % in the intervention group and 50 % in the control group were satisfied with the way they were spending their life (p&lt;0,01). User satisfaction: Very satisfied: treatment group 68 %, control group 48 % (p&lt;0,01)</p>
<b>Conclusions</b>	Research in this field is limited.
<b>Comments</b>	Personal assistance is expensive and difficult to organise, especially in places that do not have services in place

<b>Nr. 2. Title</b>	Personal assistance for adults (65+) without dementia
<b>Author</b>	Montgomery, 2008 (29) High quality
<b>Review</b>	4/1642 from different countries
<b>Studies/participants</b>	
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of personal assistance programmes for older adults with impairments, and the impacts of personal assistance on partners, families and carers, compared to other interventions.
<b>Inclusion criteria:</b>	
Study design (S),	S: Controlled design
Population (P)	P: Older adults living in the community who require assistance to perform tasks of daily living.
Intervention (I)	I: Personal assistance defined as individualised support for people living in the community by a paid assistant other than a healthcare professional for at least 20 hours a week, which is provided for an indefinite period of time.
Control (C)	Informal care, institutionalisation, service housing, transportation service other alternative to personal assistance, no treatment etc.
Outcome (O)	Primary outcome: Global quality of life, user satisfaction, participation. Secondary outcome: Unmet needs, health outcomes, functional status, psychological outcomes, impact on others, cost
Exclusion criteria	Not specified
<b>Characteristics of included studies</b>	
<b>Number of studies</b>	Only 2 of the 4 included studies were relevant according to our inclusion criteria (Carlson 2007, Sherwood 1983). Two studies were excluded because of comparison to nursing home and “cluster care”.
<b>Population</b>	Most persons were older adults living at home (US)
<b>Intervention/Control</b>	Sherwood 1983: Participants were placed in a home with a provider/match control group.  Carlson 2007: monthly payment personal assistant in lieu of other Medical services/usual care.
<b>Outcome/outcome measure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation (nine self-reported outcome measures)</li> <li>• Function (self-reported mobility scale)</li> <li>• Quality of life, single question (not validated)</li> <li>• User satisfaction (Good Place Scale, Environment Satisfaction Scale)</li> </ul>
<b>Results</b>	<p><b>Sherwood 1983</b> (n= 202)  <i>Function:</i> Not significant  <i>Participation:</i> No differences in nine self-reported outcome measures.  <i>User satisfaction:</i> Not significant (Good Place Scale) 4,70 versus 4,88 range 4 (most favourable to 8 (least favourable). Not significant (Environment Satisfaction Scale) 10,82 versus 10,70 range 4 to 12.</p> <p><b>Carlsson 2007</b> (n= 938)  <i>Quality of life</i> measured by a single question: 47% in the intervention group and 25 % in the control group were satisfied with the way they were spending their life.  <i>User satisfaction:</i> Very satisfied treatment group 57 %, control group 37 % (p&lt;0,01)</p>
<b>Conclusions</b>	Research in this field is limited.
<b>Comments</b>	Personal assistance is expensive and difficult to organise, especially in places that do not have services in place





<b>Nr. 4. Title</b>	Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home
<b>Author Review Studies/participants</b>	<b>Outpatient service Trialists 2003</b> <b>14/1617 from different countries</b>
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effect of therapy-based rehabilitation for stroke patients and the effect of different components of such service.
<b>Inclusion criteria:</b> Study design (S), Population (P) Intervention (I) Control (C) Outcome (O) Exclusion criteria	S: Randomised controlled trials P: Stroke patients in a community setting I: Therapy-based rehabilitation C: No intervention or "normal practice" O: Death or a poor outcome, performance in personal activities of daily living Not specified
<b>Population characteristics</b>	Stroke patients (mean age range from 55 to 75 years) 12 studies recruited patients who had experience of hospital inpatient facilities. Two studies recruited patients from home.
<b>Intervention/Control Type</b>	Occupational therapy (8 studies)/usual care Physiotherapy (2 studies)/control Multidisciplinary team (4 studies)
<b>Duration/Follow up</b>	3-12 months (median 6 months)
<b>Outcomes/Outcome measures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extended activity of living (Participation)/ Nottingham Extended Activities of daily living, (NEADL), Frenchay Activities index (FAI)</li> <li>Activity/Barthel index, Rankin, Functional Independence measure, Northwick Park ADL, Nottingham Stroke Dressing assessment, Rivermead ADL</li> <li>Quality of life/Nottingham Health Profile (NHP); Euroqol, Katz Adjustment Index, Pearlman six point Quality of life scale, Medical Outcome study MOS 36 Physical function (MOS-36), The Older American resources and services Scales – Physical Health, wellbeing (self-rated)</li> </ul>
<b>Results</b> <b>Extended ADL score:</b>  <b>ADL:</b>  <b>Quality of life</b>	<p><i>Therapy-based rehabilitation</i> 9 studies (<math>n=996</math>) 0.17 (0.04 to 0.30) <i>Mixed service</i> 1 study (<math>n=42</math>) SMD -0.01 (-0.62 to 0.59) <i>Physiotherapy</i> 2 studies (<math>n=107</math>) SMD 0.10 (-0.28 to 0.48) <i>Occupational therapy</i> 6 studies (<math>n=848</math>) SMD 0.21 (0.03 to 0.39)</p> <p>Therapy-based rehabilitation 12 studies (1180 participants) 0.14 (0.02 to 0.25) <i>Mixed service</i> 4 studies one intervention rehab. department. ADL score SMD 0,11 (-0,15 to 0,37) <i>Physiotherapy</i> 2 studies (106 persons) ADL score SMD 0,29 (-0.10 to 0.67) <i>Occupational therapy</i> 6 studies (808 patients) 0.14 (-0.02 to 0.30)</p> <p><i>Therapy-based rehabilitation</i> 4 studies (<math>n= 219</math>) 0.20 (-0.07 to 0.47) <i>Mixed service</i> 1 study (<math>n= 32</math>) SMD 0.47 (-0.23 to 1.18) <i>Physiotherapy</i> 1 study (<math>n=20</math>) SMD 0.04 (-0.83 to 0.92) <i>Occupational therapy</i> 2 studies (<math>n=167</math>) SMD 0.17 (-0.14 to 0.48)</p>
<b>The conclusion of the author of the review</b>	Therapy-based rehabilitation services targeted towards stroke patients living at home appear to improve independence in personal activities of daily living. However, the evidence is derived from a review of heterogeneous interventions and therefore further exploration of the interventions is justifiable.

<b>Nr. 5. Title</b>	Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type. A systematic overview.
<b>Author Review</b>	<b>Forbes, 1998      Moderate quality</b>
<b>Studies/participants</b>	<b>27/ from USA, Canada and Europe</b>
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of strategies in managing the behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type.
<b>Inclusion criteria:</b> Study design (S), Population (P)  Intervention (I)  Control (C)  Outcome (O)	S: Controlled design, pretest-post-test P: Older people >65 years diagnosed with dementia  I: Strategies within the scope of nurses  Not specified  Wandering, behaviour, social interaction, self care ability, day/night disturbance
<b>Characteristics of included studies</b>	
<b>Number of studies</b>	Only three studies of low quality reported results from patient living at home. The results of the studies were not reported in the review. Two studies reported as high quality (long term-care facilities) are included
<b>Intervention/Control</b>	<b>Friedman &amp; Tapper 1991:</b> Planned walking with conversation 30 minutes 3 times a week in 10 weeks./conversation only. <b>Rosswurm 1991:</b> Attention focusing programs 30 minutes 3 times a week in four weeks./normal social interaction.
<b>Outcome</b>	<b>Friedman &amp; Tapper 1991:</b> Communication performance <b>Rosswurm 1991:</b> Perceptual/cognitive behaviour
<b>Results</b>	<b>Friedman &amp; Tapper 1991</b> ( RCT n=30): Communication performance (p=0,01) measured by Communication Observation scale (COS). Not significant effect (p=0,06), measured by Communication Assessment scale (CAS).  <b>Rosswurm 1991:</b> Significant effect measured by Visual-matching task (p=0,016), not significant effect measured by MMSE (p=0,18), not significant effect measured by Dementia Behavior (p=0,75)
<b>Conclusions</b>	Research in this field is limited

<b>Nr. 6. Title</b>	Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis.
<b>Author Review</b>	<b>Beswik 2008 High quality</b>
<b>Studies/participants</b>	<b>89/97984 USA, Canada, Europa, Thailand</b>
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of all community-based complex interventions used to preserve physical function and independence in elderly people.
<b>Inclusion criteria:</b> Study design (S), Population (P)	S: Randomised controlled trials  P: Elderly people living at home or preparing for hospital discharge to home.
Intervention (I)	I: Community-based multifactor interventions (a interdisciplinary teamwork for health and social problems).
Control (C)	C: Usual care
Outcome (O)	O: Living at home, death, nursing-home, hospital admissions, falls and physical function.
Exclusion criteria	Not specified
<b>Characteristics of included studies</b>	
<b>Number of studies</b>	Meta-analysis of 30 studies
<b>Intervention/Control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Different forms of intervention, home visits by nurses, GPs, volunteer, social workers.</li> <li>• Community-based care after hospital discharge (physiotherapist, nurse, occupational therapist for more than six months).</li> <li>• Fall prevention</li> <li>• Duration: more than six months</li> </ul>
<b>Outcome/outcome measure</b>	Physical function/ activities of daily living (Barthel index, SF-36)
<b>Results</b>	Physical function was reported in a form unsuitable for meta-analysis in 30 trials.  <b>Elderly in general:</b> Meta-analysis of 13 studies (n=11714) SMD -0.12 ( -0.16 to -0.08)  <b>"Frail "elderly:</b> Meta analysis of 18 studies (n=6875) SMD-0,01 (-0,06 to 0.04)  <b>After hospital discharge:</b> Meta-analysis of seven studies SMD -0,05 (-0,15 to 0,04)
<b>Conclusions</b>	Different interventions seem to be beneficial for physical function

Nr. 7. Title	The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review.
<b>Author Review</b>	<b>Wilkins, 2003      High quality</b>
<b>Studies/participants</b>	<b>17/ 1143</b>
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess effectiveness of educational therapy education and functional training programs in improving occupational performance and quality of life of older adults.
<b>Inclusion criteria:</b>	
Study design (S),	S: Both qualitative and quantitative studies
Population (P)	P: Older adults with chronic illness
Intervention (I)	I: Occupational therapy community based and outpatient programs
Control (C)	C: Not specified
Outcome (O)	O: Participation in ADL and/or self-care, productivity and/ or leisure outcomes
Exclusion criteria	Studies were excluded if they evaluated older adults with dementia, developmental delays or mental illness
<b>Characteristics of included studies</b>	
<b>Number of studies</b>	12 studies were relevant according to our inclusion criteria. 11 studies related to stroke are reported in Outpatient. One study (from Canada) related to rheumatoid arthritis is included.
<b>Intervention/Control</b>	<b>Helewa et al 1991:</b> Intensive OT treatment at home for first six weeks followed by less intensive follow-up. Control group received no OT intervention for first six weeks followed by six weeks of intervention OT.
<b>Results</b>	Functional score: 6 weeks: 8.7 (1.7 to 15,8), 12 weeks: -0.6 (-9.3 to 8.0) Beck scale : 6 weeks: -0.1 (-3.1 to 2.8), 12 weeks: 1.1 (-1.9 to 4.0) HAQ: 6 weeks: -1.9 (-4.5 to 0.7), 12 weeks: 1.1 (-1.9 to 4.0)
<b>Conclusions</b>	OT can have positive short term effects on improving the functioning of adults with rheumatoid arthritis.

<b>Nr. 8. Title Author Review Studies</b>	<b>Home Care Review or effectiveness and outcomes Godfrey 2000 high quality 7 SR/13studies UK, USA , Canada</b>
<b>Objective</b>	<p>This review is concerned with the effectiveness of the provision of home help/home care services provided by local authorities, health services or independent agencies to persons in their own homes. For the purposes of this review, home care was defined as direct practical assistance with personal care, domestic support services such as housework and shopping, and home maintenance.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What evidence exists on the effectiveness and outcomes of home care services and what criteria are used to assess effectiveness?</li> <li>2. What does the research indicate about user and carer perspectives on the outcomes of home care and levels of satisfaction with the service provided?</li> <li>3. What is known from research about the type, intensity, organisation and process of delivery of home help/home care provision? Specific issues of interest here include: the criteria for eligibility for services used by different providers; the costs of and charges for services and the extent of overlap between health and social services in the provision of personal care.</li> </ol>
<b>Inclusion criteria: Study design (S) Population (P)</b>	<b>S:</b> Qualitative or quantitative studies <b>P:</b> Those who required support to be able to live in their home environment, and who did not require acute or medical or terminal care.
<b>Intervention (I)</b>	<b>I:</b> Any intervention provided within the home which encompassed personal care support and/or domestic support and/or home maintenance services. Studies of packages of care were included only where these services were the main component.
<b>Outcome (O)</b>	<b>O:</b> Remain at home, institutional admission, unmet needs, health status and functioning, mortality, cost, subjective well-being and quality of care.
<b>Exclusion criteria</b>	Home-based care with a primary focus on acute or terminal care or where within a package of care there was little focus on the provision of domiciliary support schemes. Studies that only evaluated support services outside of the home
<b>Results</b>	<p><b>Short term:</b> <i>Function/</i> ADL Disability level Two studies no significant effect <i>Quality of life</i> One study no significant effect</p> <p><b>Long-term:</b> <i>Function/ADL</i> One controlled study significant negative effect <i>Quality of life</i> Three studies significant effect</p>
<b>Conclusions of the author of the review</b>	In summary, the most consistent positive outcomes of home care relate to increased life satisfaction and an apparent reduction in unmet needs among older people. Home care also has the effect of delaying long-term institutional admission for those who are physically frail and assessed as being on the threshold of such care. There is some evidence however to suggest that the provision of home care to people with high dependency needs may reduce functioning in some activities of daily living.
<b>Results</b>	<p>Physical function was reported in a form of unsuitable for meta-analysis in 30 trials.</p> <p><b>Elderly in general:</b> Meta-analysis of 13 studies (n=11714) SMD -0.12 ( -0.16 to -0.08)</p> <p><b>"Frail "elderly:</b> Meta analysis of 18 studies (n=6875) SMD-0,01 (-0,06 to 0.04)</p> <p><b>After hospital discharge:</b> Meta-analysis of seven studies SMD -0,05 (-0,15 to 0,04)</p>
<b>Conclusions</b>	Different interventions seems to be beneficial for physical function

<b>Nr. 9. Title</b>	Personal assistance for adults (19-64) with physical impairments
<b>Author Review</b>	<b>Mayo-Wilson, 2008      High quality</b>
<b>Studies/participants</b>	<b>1/817 from US</b>
<b>Objective</b>	The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of personal assistance programmes for adults (19-64) with physical impairments, and the impacts of personal assistance on partners, families and carers, compared to other interventions.
<b>Inclusion criteria:</b> Study design (S) Population (P)	S: Controlled design P: Adults (19-64) living in the community who require assistance to perform tasks of daily living.
Intervention (I)	I: Personal assistance defined as individualised support for people living in the community by a paid assistant other than a healthcare professional for at least 20 hours a week, which is provided for an indefinite period of time.
Control (C)	C: Usual care
Outcome (O)	Primary outcome: Global quality of life, user satisfaction, participation. Secondary outcome: Unmet needs, health outcomes, functional status, psychological outcomes, impact on others, cost.
Exclusion criteria	Not specified
<b>Population</b>	Adults (19-64) living in the community who require assistance to perform tasks of daily living (bathing, eating, getting around etc.)
<b>Intervention/Control</b>	Monthly payment personal assistant in lieu of other Medical services/usual care.
<b>Outcome/outcome measure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality of life, single question (not validated)</li> <li>• User satisfaction (Good Place Scale, Environment Satisfaction Scale)</li> </ul>
<b>Results</b>	<b>Carlsson 2007</b> (n= 817) <i>Quality of life</i> measured by a single question: 38 % in the intervention group and 21 % in the control group were very satisfied with the way they were spending their life (p<0,01). <i>User satisfaction:</i> Very satisfied treatment group 52 %, control group 35 % (p<0,01)
<b>Conclusions</b>	Research in this field is limited.
<b>Comments</b>	Personal assistance is expensive and difficult to organise, especially in places that do not have services in place

## VEDLEGG 6: GRADE TABELLER

**Author (s):**

**Date:** 2009-02-26

**Question:** Should Ergoterapi vs no routine be used for stroke patients at home?

**Settings:**

**Bibliography:**

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							Ergoterapi	no routine	Relative (95% CI)	Absolute		
<b>Utvidet ADL (follow-up 6-12 months; measured with: Nottingham EADL; range of scores: -; Better indicated by less)</b>												
6	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	494	353	-	SMD 0.21 (0.03 to 0.39)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
<b>ADL (follow-up 3-12 months; measured with: Rivermead ADL, Barthel ADL; range of scores: -; Better indicated by less)</b>												
6	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	465	343	-	SMD 0.14 (-0.02 to 0.3)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
<b>Quality of life (follow-up 3-6 months; measured with: Nottingham health Profile (NHP), Pearlman` six point Quality of Liife Scale; range of scores: -; Better indicated by less)</b>												
2	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	94	73	-	SMD 17 (-0.14 to 0.48)	⊕⊕○○ LOW	

<sup>1</sup> Drop-out

<sup>2</sup> Spears data (n=167)

Author (s):

Date: 2009-03-31

Question: Should Physiotherapy vs no routine be used for stroke patients at home?

Quality assessment							Summary of findings					Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect				
							Physiotherapy	no routine	Relative (95% CI)	Absolute			
<b>Extended activities of daily living score (follow-up 3-6 months; measured with: Frechay Activities Index, Lawton Instrumental ADL; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
2	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	54	53	-	SMD 0.10 (-0.28 to 0.48)	⊕○○○ VERY LOW		
<b>ADL (follow-up 3-6 months; measured with: Barthel ADL ; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
2	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	54	52	-	SMD 0.29 (-0.1 to 0.67)	⊕○○○ VERY LOW		
<b>Quality of life (measured with: MOS-36; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
1	randomised trial	no serious limitations	serious <sup>3</sup>	no serious indirectness	very serious <sup>4</sup>	none	0	0	-	SMD 0.04 (-0.83 to 0.92)	⊕○○○ VERY LOW		

<sup>1</sup> No blinding of assessor <sup>2</sup> Sparse data (n=107) <sup>3</sup> Wide confidence interval <sup>4</sup> Sparse data (N=20)

Author (s):

Date: 2009-04-02



**Question:** Should Multidisciplinary team vs no routine be used in Stroke patients at home?

Quality assessment							Summary of findings					Quality	Importance
							No of patients		Effect		Quality		
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Multidisciplinary team	no routine	Relative (95% CI)	Absolute			
<b>Extended ADL (follow-up 12 months; measured with: Frenchay Activities Index; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
1	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	27	28	-	SMD 0.01 (-0.62 to 0.59)	⊕○○○ VERY LOW		
<b>ADL (follow-up 3-12 months; measured with: Barthel index, FIM, Northwick Park ADL; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
4	randomised trial	serious <sup>1</sup>	serious <sup>3</sup>	no serious indirectness	no serious imprecision	none	150	116	-	SMD 0.11 (-0.15 to 0.37)	⊕⊕○○ LOW		
<b>Quality of life (follow-up 12 months; measured with: Nottingham Health Profile; range of scores: -; Better indicated by less)</b>													
1	randomised trial	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>4</sup>	none	15	17	-	SMD 0.47 (-0.23 to 1.18)	⊕○○○ VERY LOW		

<sup>1</sup> Drop out <sup>2</sup> Sparse data (n= 42) <sup>3</sup> Different directions <sup>4</sup> Spears data (n= 43)