

Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 27-2009

Kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Helsedirektoratet ved avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger henvendte seg til Kunnskapssenteret i januar 2008 med spørsmål om å få utarbeidet en oversikt over kunnskap om effekten av (re)habilitering, når (re)habilitering er forstått som tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak og prosesser med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. **Metode:** Vi søkte etter kontrollerte effektstudier i databaser for medisinsk forskningslitteratur. Inklusjonskriteriene var: • Populasjon: brukere med nedsatt funksjonsevne uavhengig av diagnose • Intervensjon: tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov, og der brukeren medvirker i sin egen rehabiliterings-prosess • Utfall: Deltakelse sosialt eller i samfunnet. **Resultat:** Søket identifiserte 4876 referanser, hvorav vi inkluderte tre klinisk kontrollerte studier og tre kontrollerte før- og etter studier. • De inkluderte studiene var forskjellige på mange måter. Pasientenes diagnoser var forskjellige, det var variasjon med hensyn til hvilke faggrupper som deltok i de (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 978-82-8121-307-4 ISSN 1890-1298

nr 27–2009

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

tverrfaglige teamene, hvilke rehabiliterende tiltak brukerne deltok i og hvilke sosiale eller samfunnsmessige aktiviteter som ble målt. Studiene hadde ulike studiedesign selv om alle hadde en kontrollgruppe. Vi vurderte studiene til å ha uklar eller høy risiko for systematiske feil/skjevheter. **Konklusjon:** Kvaliteten på dokumentasjonen for effekt av intervensjonene er for lav til at vi kan trekke sikre konklusjoner om rehabilitering bidrar til at brukerne blir mer aktive sosialt og i samfunnet. De seks identifiserte studiene omfatter ulike brukergrupper og ulike typer brukervedvirkning. Om resultatene kan generaliseres til andre brukergrupper eller andre typer brukervedvirkning er også uklart. Vi trenger større og bedre studier før vi kan trekke en klarere konklusjon.

| | |
|-----------------------|--|
| Tittel | Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet |
| Institusjon | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten |
| Ansvarlig | John-Arne Røttingen, <i>direktør</i> |
| Forfattere | Holte, Hilde H, <i>seniorforsker (prosjektleder)</i> Ranheim, Trine, <i>seniorforsker</i> Signe Flottorp, <i>seniorforsker</i> |
| ISBN | 978-82-8121-307-4 |
| ISSN | 1890-1298 |
| Rapport | Nr 27 – 2009 |
| Prosjektnummer | 492 |
| Rapporttype | Kunnskapsoppsummering |
| Antall sider | 61 |
| Oppdragsgiver | Helsedirektoratet ved avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjons- hemninger |
| Sitering | Holte HH, Ranheim T, Flottorp S, Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet Rapport Nr 27-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse- tjenesten, 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 Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, november 2009

1-side oppsummering

Helsedirektoratet ved avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger henvendte seg til Kunnskapssenteret i januar 2008 med spørsmål om å få utarbeidet en oversikt over kunnskap om effekten av (re)habilitering, når (re)habilitering er forstått som tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak og prosesser med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Vi søkte etter kontrollerte effektstudier i databaser for medisinsk forskningslitteratur.

Inklusjonskriteriene var

- Populasjon: brukere med nedsatt funksjonsevne uavhengig av diagnose,
- Intervensjon: tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov, og der brukeren medvirker i sin egen rehabiliteringsprosess.
- Utfall: Deltakelse sosialt eller i samfunnet

Søket identifiserte 4876 referanser, hvorav vi inkluderte tre klinisk kontrollerte studier og tre kontrollerte før- og etter studier.

De inkluderte studiene var forskjellige på mange måter. Pasientenes diagnoser var forskjellige, det var variasjon med hensyn til hvilke faggrupper som deltok i de tverrfaglige teamene, hvilke rehabiliterende tiltak brukerne deltok i og hvilke sosiale eller samfunnsmessige aktiviteter som ble målt. Studiene hadde ulike studiedesign selv om alle hadde en kontrollgruppe. Vi vurderte studiene til å ha uklar eller høy risiko for systematiske feil/skjevheter.

Kvaliteten på dokumentasjonen for effekt av intervensjonene er for lav til at vi kan trekke sikre konklusjoner om rehabilitering bidrar til at brukerne blir mer aktive sosialt og i samfunnet. De seks identifiserte studiene omfatter ulike brukergrupper og ulike typer brukermedvirkning. Om resultatene kan generaliseres til andre brukergrupper eller andre typer brukermedvirkning er også uklart. Vi trenger større og bedre studier før vi kan trekke en klarere konklusjon.

Sammendrag

BAKGRUNN

Helsedirektoratet ved Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger henvendte seg til Kunnskapssenteret med spørsmål om å få utarbeidet en oversikt over kunnskap om effekt av habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. I tråd med Stortingsproposisjon nr. 1 (2007-2008), kap. 9, "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011" er det ønskelig å styrke rehabiliteringsfeltet.

I dialog med oppdragsgiver ble mandatet presisert, slik at hensikten med oversikten var å få kunnskap om effekten av (re)habilitering for brukere med behov for ulike tjenester med hensyn på sosial og samfunnsmessig deltakelse. Definisjonen av (re)habilitering skulle være den som er gitt i St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk": "Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".

Formålet med denne rapporten var å besvare om det at brukeren deltar i sin rehabiliteringsprosess sammen med et tverrfaglig team bidrar til at brukeren blir mer aktiv sosialt og i samfunnet.

METODE

Vi søkte etter systematiske oversikter og primærstudier i følgende databaser: The Cochrane Library, CENTRAL, Cinahl, DARE, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO og Sociological and Social Services Abstracts. Søkene ble gjort i juli 2008 og september 2009.

Inklusjonskriteriene var:

- Studiedesign: systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier (RCT), klinisk kontrollerte studier (CCT), kontrollerte før og etter studier (CBA), avbrutte tidsserieanalyser (ITS)
- Populasjon: brukere med tilstander som gir funksjonsnedsettelse

- Intervensjon: brukerens medvirkning i egen rehabiliteringsprosess skulle være beskrevet, og brukeren skulle delta i en prosess med tverrfaglige og/eller tverrsektorielle tiltak med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov
- Utfall: deltakelse i sosiale aktiviteter eller i samfunnet

Vi ekskluderte studier som kun hadde funksjonsevne og ikke deltakelse sosialt eller i samfunnet som et utfall. Vi ekskluderte også studier som ikke hadde et tverrfaglig aspekt fordi brukeren kun samarbeidet med legen. Vi søkte ikke etter studier som omhandlet effekten av brukermedvirkning på systemnivå, f.eks gjennom pasientorganisasjoner. Resultatene av litteratursøkene ble vurdert av to personer uavhengig av hverandre. Ved uenighet ble en tredje person kontaktet. Kvaliteten på dokumentasjonen er vurdert med GRADE, og artiklenes risiko for systematiske feil/skjevheter er vurdert med sjekklister.

RESULTATER

Litteratursøket ble gjennomført 10.7.2008 og oppdatert 16.9.2009. Vi fant 404 titler i søket etter systematiske oversikter i The Cochrane Library, MEDLINE og EMBASE, og 4 472 primærstudier i CENTRAL, Cinahl, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO og Sociological and Social Services Abstracts.

Vi inkluderte seks artikler, tre klinisk kontrollerte studier og tre kontrollerte før- og etter studier. Alle studiene vurderte effekten av en individuell brukers deltakelse i deres egen rehabiliteringsprosess. For noen av studiene er deltaking sosialt og i samfunnet kun et element i en indikator og ikke rapportert separat. Alle de inkluderte artiklene har uklar eller høy risiko for systematiske feil/skjevheter. Kvaliteten på dokumentasjonen for resultatene, vurdert etter GRADE, er svært lav. Jo lavere kvalitet, jo mindre tillit har vi til resultatene. Kvaliteten av tilgjengelig dokumentasjonsgrunnlag for resultatene i disse seks studiene er for lav til å avgjøre om (re)habilitering bidrar til at brukerne blir mer aktive sosialt eller i samfunnet. Det er svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til resultatene og vil kunne endre resultatene.

En kort beskrivende oppsummering av resultatene i hver artikkel er:

- Nyrepasienter som fikk tverrfaglig behandling og støtte, og som deltok i å sette mål, opplevde en positiv effekt på helse og på å utføre husarbeid eller delta i fritidsaktiviteter som å gjøre hagearbeid eller dra på fisketur. Forskjellen mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe er imidlertid ikke statistisk signifikant.
- Pasienter med nevrologiske skader som fikk økt opplæring og deltagelse i prosessen som ledet fram til mål for behandlingen, oppfattet målene som mer rele-

vante og rehabiliteringen som mer brukersentrert, til tross for at funksjonsnivået ikke ble forbedret. Funksjonsnivået omfattet også sosiale aktiviteter.

- Pasienter med ulike diagnoser og med behov for rehabilitering som deltok i å definere mål, følte at de var aktive deltakere i målformuleringsprosessen og var bedre i stand til å klare seg, sammenliknet med brukere i en kontrollgruppe.
- Diabetikere med langvarige problemer med å ta vare på egen helse forbedret sin helserelaterte livskvalitet som det å fungere kroppslig, mentalt og sosialt gjennom styrking av sitt selvbilde og mobilisering av ressurser til å håndtere utfordringer.
- Slagpasienter som fikk hjelp til å ta egne avgjørelser og til økt egenaktivitet, forbedret sin funksjonsdyktighet sammenliknet med brukere som ikke deltok i programmet. Forskjellen mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe var imidlertid ikke statistisk signifikant.
- Pasienter med traumatisk hodeskade, som fikk multidisiplinær rehabilitering og ukentlig oppfølging av behov, oppnådde statistisk signifikant forbedring sammenliknet med de som ble behandlet på et lokalt sykehus uten multidisiplinær tilnærming til pasientene.

DISKUSJON

Selv om vi inkluderte mange ulike termer for å dekke inklusjonskriteriene i litteratursøket, kan vi ha mistet noen relevante studier fordi definisjonen av rehabilitering innebærer mange ulike begrep. For hvert av disse begrepene kan relevante søketermer ha blitt utelatt.

Studiene omfattet ulike typer av brukermedvirkning, blant annet ukentlig kontakt om behov og spesialutviklet spørreskjema. Om bruk av andre typer brukermedvirkning ville gitt andre resultater er uklart.

Hva slags deltakelse sosialt og i samfunnet som ble undersøkt, varierte også mellom studiene. I noen av studiene var heller ikke utfallet beskrevet spesifikt, men kun beskrevet som sosiale faktorer. Slike uklarheter med hensyn til utfallene understreker behovet for mer forskning av god kvalitet.

KONKLUSJON

Kvaliteten på dokumentasjonen for resultatene er for lav til at vi kan trekke sikre konklusjoner om rehabilitering bidrar til at brukerne blir mer aktive sosialt og i samfunnet. Om resultatene kan generaliseres til andre brukergrupper eller andre typer brukermedvirkning er også uklart. Vi trenger større og bedre studier før vi kan trekke en klarere konklusjon.

Key messages

The effect of rehabilitation on social and community participation.

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services was commissioned by the Norwegian Directorate of Health to perform a systematic review of the scientific evidence concerning effects of rehabilitation on social and community participation among patients with reduced functional capacity. All patients were included regardless of their diagnosis. According to a parliamentary bill, rehabilitation is defined as: time-limited, planned processes with clear objectives and means, in which several parties cooperate to provide necessary assistance to the user's own efforts to achieve the best possible coping and functional ability, independence and social and community participation.

We searched for controlled studies of effect in databases for medical research literature. The criteria for inclusion were:

- Population: patients with reduced functional capacity regardless of diagnosis
- Intervention: multidisciplinary interventions based on the patient's own aims and needs, and where the patients actively participate in their own rehabilitation process
- Outcome: participation socially and/or in the community

The search identified 4876 references; we included three controlled clinical trials and three controlled before and after studies in this report.

The included studies differed regarding various aspects. The patients had different diagnoses, the professional groups that participated in the multidisciplinary teams varied, the types of patient's participation and which social activities or ways of participating in the community that was addressed all varied between the studies. The studies had different study designs, although they all included a control group. According to the quality assessment tool used the studies were all evaluated to have unclear or high risk of bias.

The quality of the documentation for the effect of the intervention is too low for us to draw conclusions on whether rehabilitation contributes to the patients social and community participation. Whether the results can be generalised to other groups or other interventions is unclear. We need larger end better studies before a clearer conclusion can be drawn.

Executive summary

The effect of rehabilitation on social and community participation.

BACKGROUND

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services was commissioned by the Norwegian Directorate of Health, Department of Rehabilitation and Rare Disorders, to conduct a systematic review of the scientific evidence of effects of rehabilitation on patients social and community participation among patients who have reduced functional capacity regardless of diagnosis. This mandate is in line with the Norwegian Parliamentary Bill No 1 (2007-2008), Chapter 9 “National strategy for habilitation and rehabilitation 2008-2011” whose goal it is to strengthen the rehabilitation field in Norway.

Through discussions with the commissioner, the aim of the systematic review was clarified and narrowed down to focus on the effect of rehabilitation for patients who are in need of services for social and community participation. Rehabilitation should be defined as: Time-limited and planned processes with clear objectives and means, in which several parties cooperate to provide necessary assistance to the user’s own efforts to achieve the best possible coping and functional ability, independence and social and community participation. Studies with other definitions of rehabilitation were not be included in the report.

The aim of this report was to address the question whether the patient participated in his/her own rehabilitation in collaboration with a multidisciplinary team, would affect the patient social and community participation.

METHODS

We searched for systematic reviews and primary studies in July 2008 and in September 2009 in the following databases: The Cochrane library, CENTRAL, Cinahl, DARE, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO and Sociological and Social Services Abstracts.

The inclusion criteria were:

Study design: systematic reviews, randomised controlled studies (RCT), clinically controlled studies (CCT), controlled before and after studies (CBA), interrupted time series (ITS).

Population: Patients with reduced functional capacity regardless of diagnosis

Intervention: The patient's participation in their own rehabilitation should be clearly described and the patient should participate in a process with multidisciplinary and/or transectorial involvement based on the patient's aims and needs.

Outcome: the patient's social and community participation.

We excluded studies that had functional capacity but not socially or community participation as outcomes. We also excluded studies that did not have a multidisciplinary aspect because the patient only collaborated with the physician. We have not searched for studies that addressed the effect of patient participation at a system level, e.g. through patient's organizations.

RESULTS

The search for literature was performed 10.7.2008 and 16.9.2009. We identified 404 titles when searching for systematic reviews in the Cochrane Library, Medline and Embase, and 4 472 primary studies in CENTRAL, Cinahl, EMBASE, Medline, PsycINFO and Sociological and Social Services Abstracts.

We included six articles; three CCTs and three CBAs. All the studies were assessed to have unclear or high risk of bias. All studies assessed the effect of an individual patient participation in their own rehabilitation. The interventions and participants in the included studies were too different to consider combining results, hence descriptive presentation.

The quality of documentation for the one outcome; Social and community participation was assessed by GRADE and was very low quality for all the interventions. The lower the quality, the less confidence we should have in the results. However, due to very low quality we cannot draw conclusion on whether rehabilitation contributes to the patients social and community participation, and it is highly probable that further research will influence our confidence in the results and will likely change the results.

A descriptive presentation of the results from the six included studies:

- Patients with renal disease that received interdisciplinary collaboration and support and who participated in goal setting, perceived a positive impact on their health status, do some household tasks, gardening and fishing. This was not significantly more than the control group participants.
- Patients with neurological injuries who recruited to "increased participation" goal setting perceived the goals to be more relevant. There were no differences between groups in functional outcomes; all patients demonstrated a

significant improvement in all measures. The functional outcomes included social activities.

- Patients with various diagnoses with need for rehabilitation, who participated in goal setting, perceived that they were active participants in the goal formulation process, and perceived themselves better able to manage after completing the rehabilitation compared with patients in the control group.
- Diabetic patients with prolonged self-management difficulties improved their health-related quality of life including physical and social functioning by participating in a programme which aimed to empower patients to set and attain their own treatment goals.
- Stroke patients that participated in developing an individual care plan improved in functional abilities and social factors compared to the control group.
- Patients with traumatic brain injury that participated in multidisciplinary rehabilitation, where the goals were reviewed weekly, demonstrated better function with time compared to patient treated at a local hospital with a single discipline approach.

None of the interventions resulted in statistically significant changes.

DISCUSSION

We employed many terms to cover the inclusion criteria in the search for literature, we may have missed some relevant studies because of the complexity of the definition of rehabilitation. The combination of concepts may have lead to possible associations being left out.

The studies comprised various types of patient participation. Whether the use of other types of patient participation in the studies may have given different results is unclear.

The six included studies implied that when the patient participated in the process it might contribute to increased social and community participation. Only some of the results were significant compared to the control group. The type of social and community participation that was studied varied, in some of the studies the outcome was not specifically described, only as an element in a group of factors. Such circumstances emphasized the need for further research of good quality.

CONCLUSION

The quality of documentation for the results is too low for us to draw conclusions on whether rehabilitation contributes to the patients social and community participation. The six included studies comprise various types of patients, comparisons and outcomes. Whether the results can be generalised to other groups or other interventions is unclear. We need larger end better studies before a clearer conclusion can be drawn.

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

Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Innhold

| | |
|---|-----------|
| FORORD | 13 |
| PROBLEMSTILLING | 14 |
| INNLEDNING | 15 |
| Rehabilitering | 15 |
| Andre Begreper | 16 |
| METODE | 18 |
| Litteratursøk | 18 |
| Inklusjonskriterier | 18 |
| Artikkelutvelgelse | 19 |
| Gradering av dokumentasjonen | 20 |
| RESULTAT | 21 |
| litteratursøk | 21 |
| Presentasjon av de inkluderte studiene | 22 |
| metodologisk kvalitet av de inkluderte studiene | 25 |
| Effekt av (re)habilitering | 25 |
| Kvalitet av dokumentasjon for resultatene | 27 |
| DISKUSJON | 31 |
| Oppsummering | 31 |
| Styrker og svakheter med rapporten | 32 |
| Hva betyr Resultatene? | 33 |
| Behov for videre forskning | 34 |
| KONKLUSJON | 35 |
| REFERANSER | 36 |
| VEDLEGG 1: SØKESTRATEGIER | 39 |
| VEDLEGG 2: EVIDENSTABELLER INKLUDERTE STUDIER. | 53 |
| VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE STUDIER | 58 |
| VEDLEGG 4: VURDERING AV RISIKO FOR FEIL/SKJEVHET | 61 |

BEGREPSFORKLARINGER OG FORKORTELSER

| Begrep | For- kor- telse | Forklaring |
|---|-----------------------|---|
| Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation | GRADE | En metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall) og styrken på anbefalinger. Vi bruker GRADE til å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen for hvert av våre hovedendepunkt |
| Frafall | | Frafall fra studiene vurderes etter hvor stort frafallet er i relasjon til antallet hendelser som måles. Med andre ord er det en vurdering av hvilke konsekvenser frafallet kan få. Der det er få hendelser av utfallet vi studerer kan selv små frafall resultere i stor effekt på effektestimaten |
| Konfidensintervall | CI | Feilmargen rundt et resultat som uttrykker usikkerhet pga tilfeldig variasjon. Med enn viss sikkerhet (vi bruker 95 %) rommer intervallet den sanne verdi i populasjonen |
| Meta-analyse | | En statistisk metode for å sammenstille resultatene fra flere studier som måler det samme utfallet for å gi et samlet effektestimaten |
| Randomisert kontrollert forsøk | RCT | Studiedesign hvor deltagerne er tilfeldig fordelt (randomisert) til intervensjons- eller kontrollgruppen. Det kan være to forskjellige behandlinger eller en behandling og placebo. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. <i>RCT</i> er det beste studiedesign for å bestemme om en behandling/intervensjon er effektiv. |
| <i>Controlled clinical trial</i> | <i>CCT</i> | <i>CCT</i> har også kontrollgruppe, men deltakerne er ikke tilfeldig fordelt til intervensjon- og kontrollgruppe. (<i>CCT</i>) er også studiedesign som vil kan vise at en behandling/intervensjon er effektiv. |
| <i>Controlled before and after trial</i> | <i>CBA</i> | <i>CBA</i> er en studie i hvilke karakteristikk av en populasjon eller en gruppe individer blir sammenliknet før versus etter en særskilt hendelse eller intervensjon. (<i>CBA</i>) er også studiedesign som vil kan vise at en behandling/intervensjon er effektiv. |

Forord

Helsedirektoratet, avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger, ved avdelingsdirektør Lisbeth Myhre og seniorrådgiver May Cecilie Lossius, henvendte seg til Kunnskapssenteret i januar 2008 med spørsmål om å få utarbeidet en oversikt over kunnskap om effekt av habilitering og rehabilitering basert på definisjonen av (re)habilitering som: "Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet". Stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008), kap. 9, "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011" påpeker at det er ønskelig å styrke rehabiliteringsfeltet.

Formålet med prosjektet var å besvare om rehabilitering har effekt på sosial og samfunnsmessig deltakelse når (re)habilitering defineres som tverrfaglig samarbeid for personer med nedsatt funksjonsevne hvor brukeren deltar i prosessen.

Rapporten er utarbeidet av Hilde H. Holte, prosjektleder, Trine Ranheim og Signe Flottorp, alle ved Kunnskapssenteret. Litteratursøkene er gjennomført av Marit Johansen og Ingeborg Teigland. Takk for viktige tilbakemeldinger fra interne fagfeller Anne Grimstvedt Kvalvik og Kristin Thuve Dahm, oppdragsgiver ved May Cecilie Lossius og eksterne fagfeller Lisbet Grut, SINTEF Helse, samt Cathrine Einarsen og Anne Katrine Eikill, St. Olav Hospital.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Gunn E. Vist
Forskningsleder

Hilde H. Holte
*Seniorforsker
prosjektleder*

Problemstilling

Det er generelt lite kunnskap om effekten av habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Helsedirektoratet ba i januar 2008 Kunnskapssenteret om å undersøke om habilitering/rehabilitering fører til økt deltakelse sosialt og i samfunnet. (Re)habilitering er her forstått som tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak og prosesser med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov. Målet er at det enkelte individ skal kunne få bistand for å kunne delta sosialt og i samfunnet.

Hensikten med denne oversikten var å få kunnskap om effekten av (re)habilitering for personer med funksjonsnedsettelse som har behov for ulike tjenester for å oppnå eller øke sin sosiale og samfunnsmessige deltakelse.

Innledning

REHABILITERING

For den enkelte pasient kan konsekvensene av sykdom og skade være mange, ned-satt funksjonsevne er én. Samtidig kan konsekvensene av samme sykdom være ulike for ulike personer fordi deres forutsetninger og behov er forskjellige. Ulike sykdommer eller skader angriper ulike deler av kroppen, og vil dermed kunne begrense ulike deler av funksjonsevnen.

Med utgangspunkt i brukerens egne ressurser, muligheter og behov skal en rehabiliteringsprosess gjøre det mulig for det enkelte mennesket å fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir med hensyn på livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Vi vil bruke begrepet bruker i stedet for pasient, bl.a. fordi det er dette begrepet som er brukt i definisjonen av (re)habilitering, og fordi begrepet peker videre enn en rent medisinsk behandling. For personer med medfødte sykdommer, skader eller lyter vil prosessen som skal bedre funksjonsevnen omtales som en habiliteringsprosess, mens den ellers vil omtales som en rehabiliteringsprosess. Vi vil ikke skille mellom disse og i det videre omtalte det som (re)habilitering.

(Re)habilitering handler om tjenester og tiltak satt i system slik at brukeren kan få hjelp til å oppnå sine mål. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å realisere målene også på områder der helse- og omsorgstjenestene ikke har et selvstendig ansvar. Dette gjelder områder som arbeid, utdanning og barn og unges oppvekstforhold generelt. (Re)habiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelpe til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsniv.

Tradisjonelt har målet med rehabilitering vært å føre pasienten frem til størst mulig selvstendighet, "gjeninnsette i verdighet" (1). Ved behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk", ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av (re)habilitering som "Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet" (2).

Definisjonen av (re)habilitering i Stortingsmeldingen spesifiserer at rehabilitering omfatter mange elementer, men hva som konkret ligger i de ulike elementene er ikke definert.

I Soria Moria I-erklæringen omtales opptrening som noe annet enn rehabilitering (3). Det er uklart hvor grensen går mellom disse to begrepene, og andre begreper som er nært beslektet med disse. Om forskjellen mellom opptrening og rehabilitering innebærer ulik arbeidsform eller bare ulike begreper for å omtale ulike målsettinger, kan også diskuteres. Brukernes behov vil antagelig kunne påvirke om forskjellen er avgjørende eller ikke. Eksempler fra brukere med sammensatte problemer viser betydningen av at ulike aktører samarbeider med brukeren for å nå et felles mål som er satt av brukeren (4). Eksempler viser at det noen ganger kan være tilpasning til arbeidsplasser som er viktig, mens det andre ganger er viktig med et nært samarbeid mellom ulike faggrupper for å få best mulig behandling. Derfor er det ikke spesielle kriterier for hvilke behandlergrupper som skal inngå i rehabiliteringsprosessen, utover at det skal være mer enn en gruppe.

Soria Moria I-erklæringen slo fast at regjeringen ville sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det (3). Soria Moria 2 erklæringen for 2009-2013 sier at det må settes av tilstrekkelig ressurser til habilitering og rehabilitering (5). Målet har bred politisk oppslutning. I "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011" heter det at (re)habilitering ikke har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier (6). Det overordnede målet for (re)habiliteringsstrategien er å endre dette.

Formålet med dette prosjektet er å bruke definisjonen av rehabilitering som er gitt i Stortingsmeldingen som grunnlaget for et litteratursøk. Kan vi med utgangspunkt i denne definisjonen finne internasjonal forskningslitteratur som belyser om (re)habilitering bidrar til at brukeren blir mer aktiv, sosialt eller i samfunnet etterpå?

ANDRE BEGREPER

Brukermedvirkning

Det bærende prinsipp i rehabilitering skal være at brukeren selv bestemmer over egen deltakelse slik det er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering fra 2001 (7). Hvilke ord som settes på slik brukermidvirkning varierer, fordi medvirkningen kan ha mange ulike former. *Empowerment* eller "styrking" kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer (8). En annen definisjon er at empowerment dreier seg om den enkeltes mulighet for å ha aktiv innflytelse over sin situasjon, enten det er sitt arbeid, sin bedrift eller sin helse (9). Empowerment er et begrep som kan belyse brukermidvirkning, mens målsetting er et annet. Målsetting henspiller på selve prosessen med å identifisere individets mål. Målsetting kan være et effektivt redskap for

å gjøre framskritt ved at deltakerne har en klar oppfatning av hva de må gjøre for å oppnå sine personlige mål, og hvor brukeren selv utvikler handlingsplaner. Prosessen ved å oppnå mål kan være en terapeutisk intervensjon i seg selv (9;10). Innholdet i og bruken av målsetting er opphav til faglig diskusjon (11). Et mål er en investering i en selv; det identifiserer klart hva man vil, hvordan og når man vil nå det.

Tverrfaglighet og tverrsektorielle tiltak

Tverrfaglighet kan forstås som et samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner om en felles utfordring eller problem, rettet mot et felles mål (12). I dette prosjektet er det ikke satt noen kriterier i forhold til hvilke faggrupper eller profesjoner som skal delta. Bruk av termer som multidisiplinær og interpersonell tolker vi som om flere faggrupper eller profesjoner har deltatt.

Tverrsektorielle tiltak kan forstås som tiltak som går på tvers av fag, sektorer og nivåer i helsevesenet, og i mange tilfeller også på tvers av grensene mellom offentlig og privat sektor.

Rehabiliterende tiltak

Brukerne skal delta i et tiltak, i en prosess, som skal ha som mål at de blir mer aktive sosialt eller i samfunnet, f eks opptrening. Tidligere har en slik prosess kunne bli omtalt som rehabilitering, uavhengig av om flere faggrupper har deltatt og hvilke mål man har hatt for prosessen. Med den definisjonen som ble innført i 1996 skal alle elementene i definisjonen være på plass før man kan kalle det (re)habilitering.

Metode

Vi har utarbeidet en systematisk oversikt i henhold til metode som er beskrevet i Kunnskapssenterets håndbok (13).

LITTERATURSØK

Vi søkte etter systematiske oversikter og primærstudier i juli 2008. Alle søkene ble oppdatert 16. september 2009. Vi søkte i følgende databaser:

- CENTRAL, DARE, HTA og CDSR i Cochrane Library Issue 2 2008 gjennomført 25.6.2008.
- DARE og HTA (Center for Review and Dissemination) gjennomført 23.6.2008.
- MEDLINE (Ovid) 1950 to June Week 2 2008, gjennomført 23.6.2008.
- Cinahl (Ovid) 1980 to June Week 4 2008, gjennomført 2.7.2008,
- EMBASE (Ovid) 1980 to 2008 Week 26, gjennomført 2.7.2008,
- PsycINFO (Ovid) 1806 to July Week 2 2008, gjennomført 9.7.2008 og
- Sociological Abstracts (CSA Illumina) 1979 - current gjennomført 10.7.2008 og
- Social Services Abstracts (CSA Illumina) 1952 -current, gjennomført 10.7.2008.

Fullstendige søkestrategier er beskrevet i Vedlegg 1.

Forskningsbibliotekar Marit Johansen planla søkene, som ble gjennomført av henne sammen med bibliotekar Ingeborg Teigland.

INKLUSJONSKRITERIER

Studiedesign

Vi inkluderte systematiske oversikter og primærstudier med de følgende studiedesign: randomiserte kontrollerte studier (RCT), klinisk kontrollerte studier (CCT), kontrollerte før-og etter studier (CBA) og avbrutte tidsserieanalyser (ITS).

Populasjon

Brukere med tilstander som gir funksjonsnedsettelse. Det var ingen begrensninger på årsak til funksjonsnedsettelsen. Brukerne kunne ha problemer med å være aktive sosialt eller i samfunnet med bakgrunn i psykiske lidelser eller fysiske lidelser.

Intervensjon

Brukeren skal medvirke i sin egen (re)habiliteringsprosess.

Tverrfaglige eller tverrsektorielle tiltak.

Sammenligning

Intervensjonsgruppen skulle sammenlignes med grupper hvor brukeren enten ikke deltok i intervensjonen eller deltok i mindre grad enn brukerne i intervensjonsgruppen. Intervensjonsgruppen kunne også delta i multidisiplinær behandling, mens kontrollgruppen fikk behandling av en faggruppe av gangen.

Utfall

Deltakelse sosialt eller i samfunnet. Eksempler på slike utfall er yrkesaktivitet, utdanning, kontakt med venner, deltakelse i kulturelle aktiviteter eller i hobbyaktiviteter.

Språk

Det var ingen språkbegrensning i litteratursøkene.

ARTIKKELUTVELGELSE

To prosjektmedarbeidere (HHH og TR) gikk gjennom resultatene fra søkene gjort i 2008 uavhengig av hverandre. Vi valgte først litteratur på basis av tittel og sammenheng og i henhold til seleksjonskriteriene spesifisert ovenfor. To prosjektmedarbeidere (HHH og SAF) gikk gjennom oppdateringssøket gjort i 2009.

Vi bestilte artikler i fulltekst for videre vurdering hvis minst en av prosjektmedarbeiderne mente at den kunne være relevant. To prosjektmedarbeidere (HHH og TR) leste fulltekstartiklene fra første søk, mens to prosjektmedarbeidere (HHH og SAF) leste fulltekstartiklene fra oppdateringssøket.

Prosjektmedarbeiderne (HHH og SAF) vurderte risiko for feil/skjevhet ved studiene med bakgrunn i Kunnskapscenterets sjekklister (13). Ved uenighet diskuterte vi oss fram til enighet.

Vi hentet ut følgende opplysninger fra studiene om landet hvor studien var gjort, hvilket studiedesign man hadde brukt, hvilket formål man hadde med studien. I tillegg hentet vi opplysninger om hvilken brukergruppe som hadde deltatt, hvilket rehabiliterende tiltak som ble gjennomført, hvilket tiltak de ble sammenlignet med, hvilke profesjoner som hadde deltatt og hvilke utfallsmål man hadde undersøkt. En oversikt over alle disse opplysningene for hver studie finnes i Vedlegg 2.

GRADERING AV DOKUMENTASJONEN

To prosjektmedarbeidere (HHH og SAF) har vurdert kvaliteten av dokumentasjonen. Vi har vurdert kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsmål ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) (14). I GRADE systemet beskrives ofte den samlede dokumentasjonen slik:

- Høy kvalitet: det er lite sannsynlig at videre forskning kommer til å endre vår tillit til resultatene.
- Middels kvalitet: det er sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en innflytelse på vår tillit til resultatene. Videre forskning kan komme til å endre effektestimaten.
- Lav kvalitet: det er svært sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til resultatene og vil kunne endre effektestimaten.
- Svært lav kvalitet: Alle resultater er veldig usikre. Vi mangler tillit til resultater.

Graderingen av kvaliteten av dokumentasjonen gir et uttrykk for hvilken tillit vi har til resultatene ut fra den tilgjengelige dokumentasjonen. Vi vurderer fem kriterier for hvert utfallsmål i GRADE: studiedesign, studiekvalitet, konsistens (samsvar mellom studiene), direktehet (hvor like studiedeltagerne, intervensjon, og utfallsmål er inkludert i forhold til de personer, intervensjoner og utfall man egentlig er ute etter å studere) og presisjon.

Vurdering av kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsmål er ikke det samme som vurderingen av den metodologiske kvaliteten av de enkelte studier.

Resultat

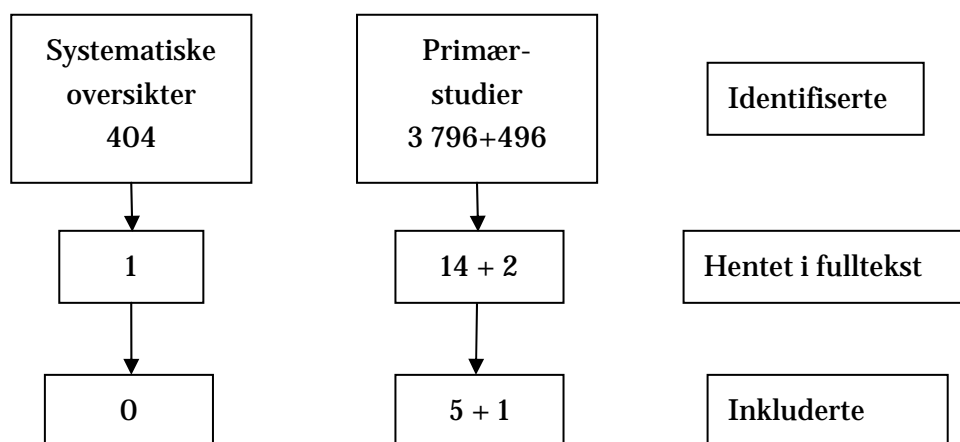
LITTERATURSØK

Systematiske oversikter

Vi fant 404 titler i søket etter systematiske oversikter. Vi innhentet en oversikt i fulltekst, men den tilfredsstilte ikke inklusjonskriteriene.

Primærstudier

Søket etter primærstudier i CENTRAL, Cinahl, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO og Sociological and Social Services Abstracts ga 3 796 treff. Dubletter ble ikke fjernet. Vi gikk gjennom sammendraget til alle referansene og innhentet 14 artikler i fulltekst som virket relevante. Vi inkluderte fem artikler som tilfredsstilte alle inklusjonskriteriene. Artiklene var alle på språk vi kunne forstå. For disse fem artiklene var det nødvendig at tre prosjektmedarbeidere (HHH, TR og SAF) vurderte inklusjonskriteriene. Vi oppdaterte søket 16. september 2009, og identifiserte 496 nye artikler. Vi innhentet to i fulltekst, og inkluderte en av disse i rapporten.



De fleste av de ekskluderte artiklene ble ekskludert pga manglende kontrollgruppe (15-21). Andre ekskluderte artikler manglet mål på deltakelse sosialt eller i samfunnet som utfallsmål (19;22), mens noen manglet tydelig beskrivelse av brukermedvirkning (23), mens andre ikke omfattet i deltakelse egen rehabilitering (23;24). To innhentede artikler beskrev ikke gjennomført studier, men var beskrivelser av ulike rehabiliterende tiltak (25;26).

PRESENTASJON AV DE INKLUDERTE STUDIENE

Vi inkluderte i alt seks studier. Tabell 1 inneholder en oversikt over studiene.

Callahan et al (1999) undersøkte om tverrfaglig samarbeid og støtte samt det at pasientene fastsatte egne mål bedret pasientenes opplevelse av helse. Målinger av helserelatert livskvalitet ble brukt som et hjelpemiddel for å utvikle en individuell plan for pasienter med nyresykdom (27). Valg av intervensjonsgruppe og kontrollgruppe skjedde ved tilfeldig trekning av behandlingssted. I alt deltok 59 pasienter i intervensjonsgruppen og 73 i kontrollgruppen (27).

Holliday et al (2007) og Wressle et al (2002) undersøkte brukere med forskjellige typer nevrologiske lidelser (slag, multippel sklerose og andre) med behov for rehabilitering (28;29). Evnen til, og fornemmelsen av, å velge sine egne mål var vesentlig i prosessen. Den engelske studien undersøkte om "økt deltakelse" (n=101) var bedre enn "vanlig praksis" (n=100) med hensyn på brukernes definering og prioritering av egen målsetting for rehabiliteringsprosessen. Det er uklart hvordan man bestemte hvem som skulle være i intervensjonsgruppen og hvem som skulle være i kontrollgruppen. Intervensjonen varte i 18 måneder (28). Den svenske studien undersøkte også om aktiv deltakelse av brukerne (n=151) førte til en forbedret rehabiliteringsprosess i forhold til kontrollgruppen (n=55) over en 14 måneders periode. Intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var pasienter på likeartede sykehus i to forskjellige byer (29).

Keers et al (2006) fulgte diabetespasienter med HbA1c \geq 8.0 % og psykososiale problemer i 12 måneder. Disse pasientene (n=154) ble styrket med hensyn til "målsetting", problemløsning og psykososial rådgiving. Brukerne måtte selv løse problemer, i stedet for at teamet skulle løse dem for vedkommende (30). Referansegruppen (n=231) besto av diabetespasienter som ble utskrevet fra samme klinikk, men som ikke ble henvist til prosjektet fordi de hadde bedre kontroll med blodsukkernivået.

Utfallene omfattet funksjonelle, sosiale og mentale parametre, ikke nærmere spesifisert (30).

Ljungberg et al (2001) gjennomførte en pilotstudie av slagpasienter. Brukerne i intervensjonsgruppen (n=32) ble ansvarliggjort i forhold til egen omsorg og behandling. Studiens hensikt var å utvikle et rehabiliteringsprogram hvor "slagteamet", brukeren og familien arbeidet som partnere i rehabiliteringsprosessen (31). Oppfølgingen av pasientene varte opptil 12 måneder. Kontrollgruppen besto av ni personer. Utfallene omfattet daglige aktiviteter, men også sosiale faktorer, selv om de ikke være nærmere spesifisert, og kognitiv evne.

Semlyen et al (1998) sammenlignet pasienter med traumatiske hjerneskader hvor en gruppe fikk multidisiplinær rehabilitering (n= 33), og den andre gruppen ble henvist til et lokalt sykehus som ikke arbeidet multidisiplinært (n=18). Intervensjonsgruppen og deres pårørende ble kontaktet ukentlig for å klargjøre hvilke behov pasientene hadde. Oppfølging av pasientene varte 24 måneder. Utfallene omfattet deltakelse sosialt og i samfunnet som gå på/få besøk og kunne arbeide (32).

Tabell 1. Inkluderte studier, kort oversikt

| Populasjon (referanse) | Rehabiliterende tiltak | Tverrfaglighet | Brukermedvirkning | Utfall |
|---|---|--|---|---|
| Nyrepasienter (27) | Hemodialysesenter | Tverrfaglig team ved bl.a. sykepleier og sosialarbeider | Pasientene kan identifisere mål | Kunne komme hjem, delta i fritidsaktiviteter |
| Pasienter med nevrologiske lidelser (28) | Rehabiliteringsenhet | Fysioterapeut, ergoterapeut, tale- og språkterapeut, lege og sykepleier. | Økt deltakelse i målsetting | Fysiske, sosiale og psykologiske parametre. Ikke nærmere spesifisert i artikkelen. |
| Pasienter med ulike diagnoser og med behov for rehabilitering (29) | Med behov for rehabilitering | Hjemmerehabilitering med fysioterapeut og ergoterapeut. | Et kliensentrert spørreskjema som påvirker pasienten oppfatning av aktiv deltakelse (COPM). | ADL – daglige aktiviteter, ikke nærmere spesifisert i artikkelen. |
| Diabetespasienter med høy HbA1c og psykososiale problemer (30) | Bruk av opp-læringsprogram | Diabetessykepleier, dietetiker, lege med diabetes spesialitet, sosionom, psykolog, ergoterapeut og aktivtør. | Styrking av målsetting, problemløsning og psykososial rådgivning | HbA1c, funksjonelle, sosiale og mentale parametre. Sosiale parametre ikke nærmere spesifisert i artikkelen. |
| Slagpasienter (31) | Rehabilitering i eget hjem | Lege, sykepleier, terapeut, psykolog og sosionom. | Program for å ta egne avgjørelser og øke egenaktivitet | Sosiale faktorer, omfatter å kunne ta telefonsamtaler, høre radio, se TV, lese aviser |
| Pasienter med traumatisk hjerne-skade (32) | Koordinert multidisiplinær rehabiliteringsenhet | Multidisiplinær, ikke nærmere angitt | Ukentlig kontakt med pasient og familie for å avklare behov | Funksjonsevne i daglig liv, omfatter å motta besøk fra venner og se etter arbeid. |

METODOLOGISK KVALITET AV DE INKLUDERTE STUDIENE

Vi vurderte kvaliteten til de inkluderte studiene ved hjelp av våre sjekklister. Disse listene vurderer risikoen for systematiske feil/skjevheter i studier og er beskrevet i metodeboken vår (13). Kvalitetsvurderingene vi gjorde av de seks inkluderte studiene i denne rapporten, er presentert i Vedlegg 4.

Alle de seks inkluderte studiene ble vurdert til å ha uklar eller høy risiko for systematiske feil/skjevheter for resultatene (lav intern kvalitet). I to av studiene var det et høyt frafall av deltakere (29;30) i fire av studiene var det ikke klart hvor stor andel av deltakerne som de klarte å følge opp (27-29;32). I to studier var valget av kontrollgruppe slik at det sannsynligvis var forskjeller mellom de deltakerne som fikk intervensjonen og de som ikke fikk intervensjonen ved forskets start (30;31).

EFFEKT AV (RE)HABILITERING

Alle studiene rapporterte en positiv effekt av rehabiliteringsprosessen, men forskjellene var ikke statistisk signifikante. Tabell 2 gir en kortfattet oversikt over resultatene i de inkluderte studiene, som er beskrevet mer detaljert i evidenstabeller i Vedlegg 2.

Tabell 2. Resultatene i de inkluderte studiene

| Populasjon (referanse) | Utfall | Studie-design (antall deltakere) | Resultat for intervensjonsgruppen | Forskjell mellom kontrollgruppe og intervensjonsgruppe |
|--|---|---|---|--|
| Nyrepasienter (27) | Kunne komme hjem, delta i fritidsaktiviteter | CBA (132) | De fleste oppga å ha fremgang i å nå mål | Ingen statistisk signifikant forskjell |
| Pasienter med nevrologiske lidelser (28) | Fysiske, sosiale og psykologiske parametre. Ikke nærmere spesifisert i artikkelen. | CCT (201) | Målene opplevs som mer relevante | Uklart om endringen var større for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen |
| Pasienter med ulike diagnoser med behov for rehabilitering (29) | ADL – daglige aktiviteter, ikke nærmere spesifisert i artikkelen. | CBA (118) | Bedre i stand til å klare seg selv | Median i intervensjonsgruppe var 19 (-6-61) mens median i kontrollgruppa var 10 (0-46) p=0.0014 |
| Diabetespasienter med høy HbA1c og psykososiale problemer (30) | HbA1c, funksjonelle, sosiale og mentale parametre. Sosiale parametre ikke nærmere spesifisert i artikkelen. | CBA (349) | Brukerne forbedret sin funksjon kroppslig, mentalt og sosialt | Målet var at verdiene til intervensjonsgruppa skulle nærme seg verdiene til referansegruppa. Forskjellene mellom gruppene endret seg i ønsket retning i oppfølgingsperioden. |
| Slagpasienter (31) | Sosiale faktorer, omfatter å kunne ta telefonsamtaler, høre radio, se TV, lese aviser | CCT (41) | Pasientene fikk økt funksjonsdyktighet | Ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene |
| Pasienter med traumatisk hjerneskade (32) | Funksjonsevne i daglig liv, omfatter å motta besøk fra venner og se etter arbeid. | CCT (51) | Forbedret funksjonsevne opp til 24 måneder etter intervensjon | Statistisk signifikant større forbedring i funksjonsnivå i intervensjonsgruppa i forhold til kontrollgruppa. |

KVALITET AV DOKUMENTASJON FOR RESULTATENE

Rehabilitering av nyrepasienter

Tverrfaglig samarbeid og støtte hvor nyrepasienten selv deltok i å definere målsetting, hadde en positiv effekt på pasientens oppfatning av sin helse (27). Et stort flertall, 87 %, sa at de hadde hatt fremgang i å nå sine mål. Målsettingene ene kunne være flere, bl.a. å kunne returnere til eget hjem fra sykehjem, å forbedre fysisk og emosjonell funksjon, å bli sterk nok til å tåle transplantasjon eller å kunne gå bedre. Målsettingene kunne også omfatte å utføre husarbeid eller å delta i fritidsaktiviteter som å drive med hagearbeid eller dra på fisketur (27). Forfatterne redegjorde ikke for hvor stor andel av kontrollgruppen som oppnådde de samme resultatene. Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatet ble vurdert til å være av svært lav kvalitet.

Tabell 3: Dokumentasjon av pasientens målsetting i interdisiplinært samarbeid

Pasientens målsetting i interdisiplinært samarbeid for rehabilitering av siste stadium nyrepasienter

Pasient eller populasjon: Nyrepasienter i siste stadium

Setting: Private hemodialysesentre i USA

Intervensjon: Pasientens målsetting i interdisiplinært samarbeid for rehabiliteringen

| Utfall | Illustrative comparative risks* (95% CI*) | | Relativ effekt (95% CI) | Antall deltagere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
|---|---|--|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Kontroll | Pasientens målsetting i interdisiplinært samarbeid | | | | |
| Sosiale og samfunnsmessig deltakelse SF-36, social functioning ¹ Oppfølging: gjennomsnitt fire måneder | Se kommentar | Se kommentar | | 132 (1 studie) | □○○○ svært lav ^{1,2} | Ingen signifikant forskjell mellom gruppene |

*CI: Konfidensintervall;

¹ Usikker overførbarhet til norske forhold. Dette er private sykehus i USA som sannsynligvis påvirker sosial bakgrunn til pasientene og sammensetningen i forhold til hvilken etnisk bakgrunn pasientene har. Pasientene kan avvike fra norske forhold.

² Kun en studie med få pasienter.

Rehabilitering av pasienter med neurologiske skader

Med økt opplæring og deltagelse i prosessen som ledet fram til mål for behandlingen, oppfattet pasienter med neurologiske skader målene som mer relevante og rehabiliteringen som mer brukersentrert, til tross for at funksjonsnivået ikke ble forbedret (28). Sosial deltakelse inngikk som en del av funksjonsnivået. Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatet ble vurdert til svært lav kvalitet.

Tabell 4. Dokumentasjon av økt deltakelse i målsettingsprosess

| Økt deltakelse i målsettingsprosess for pasienter med ulike neurologiske lidelser i rehabilitering | | | | | | |
|--|--|--------------------|-------------------------|---|---|-------------|
| Pasient eller populasjon: Pasienter med ulike neurologiske lidelser | | | | | | |
| Setting: Nevrologisk rehabiliteringsenhet (UK) | | | | | | |
| Intervensjon: Økt deltakelse i målsettingsprosessen i rehabiliteringen | | | | | | |
| Utfall | Illustrative comparative risks (95% CI*) | | Relativ effekt (95% CI) | Antall del-takere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Kontroll | Målsetting | | | | |
| Sosial og samfunnmessig deltakelse Oppfølging: gjennomsnitt 18 måneder | | Se kommentar | 201 (1) | □○○○ Svært lav ^{1,2} | Sosial funksjon målt ved bl.a. General Health Questionnaire (GHQ-28) viste bedring for alle pasienter, men uklart om endringen var større for intervensjonsgruppen enn for kontrollgruppen. | |

*CI: Konfidensintervall;

¹ Studien var ikke blindet.

² Kun en studie med få deltakere.

Rehabilitering av pasienter med ulike former for funksjonsnedsettelse.

En svensk institusjon brukte et spørreskjema som gjorde det mulig for brukeren å definere mål i samarbeid med ergoterapeuten. Pasientene i denne institusjonen hadde ulike diagnoser og de hadde behov for rehabilitering. Flere brukere i denne institusjonen gjenkjente behandlingsmålene, var i stand til å huske målene, følte at de var aktive deltakere i målformuleringsprosessen og var i stand til å klare seg bedre selv, sammenliknet med brukere i kontrollgruppen (29). Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatet ble vurdert til svært lav kvalitet.

Tabell 5. Dokumentasjon av bruk av spørreskjema for å øke pasientens deltakelse

| Bruk av COPM (Canadian Occupational Performance Measure) for pasienter med behov for rehabilitering | | | | | | |
|--|--|--------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|-------------|
| Pasient eller populasjon: Pasienter med behov for rehabilitering | | | | | | |
| Setting: To sykehus i Sverige | | | | | | |
| Intervensjon: Bruk av COPM (Canadian Occupational Performance Measure) | | | | | | |
| Utfall | Illustrative comparative risks (95% CI*) | | Relativ effekt (95% CI) | Antall del-takere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Kontroll | Bruk av COPM | | | | |
| Sosial og samfunnmessig deltakelse Klein-Bell ADL Scale. Skale fra: 0 to 100. Oppfølging: 2-4 uker | Se kommentar | Se kommentar | 118 (1 studie) | □○○○ svært lav ¹ | Median i intervensjonsgruppa var 19 (-6-61), mens median i kontrollgruppa var 10 (0-46), p= 0,014 | |

*CI: Konfidensintervall;

¹ En studie med få pasienter.

Rehabilitering av diabetespasienter

Diabetikere med langvarige problemer med å ta vare på egen helse vurdert ved HbA1c, deltok i et multidisiplinært program som skulle styrke deres selvbilde og mobilisere deres ressurser til å håndtere utfordringer (empowerment). Diabetikerne forbedret sin helserelevante livskvalitet som det å fungere kroppslig, mentalt og sosialt, og bedret sine HbA1c verdier (30). Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatet ble vurdert til svært lav kvalitet. Hvordan resultatene var målt var ikke oppgitt.

Tabell 6. Dokumentasjon av styrking av målsetting

| Multidisiplinært intensivt opplæringsprogram for rehabilitering av diabetespasienter | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Pasient eller populasjon: Diabetespasienter med dårlig kontroll av sykdommen | | | | | | |
| Setting: Rehabiliteringssenter i Nederland | | | | | | |
| Intervensjon: Multidisiplinært intensivt opplæringsprogram brukt i rehabiliteringen | | | | | | |
| Utfall | Illustrative comparative risks* (95% CI) | | Relativ effekt (95% CI) | Antall del-takere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Kontroll | Multidisiplinært intensivt opplæringsprogram | | | | |
| Sosial og samfunnmessig deltakelse etter tre måneder | Gjennomsnitt sosial og samfunnmessig deltakelse etter 3 måneder i kontrollgruppen var 81 | Gjennomsnitt Sosial og samfunnmessig deltakelse etter 3 måneder i intervensjonsgruppen var 6 lavere (11 to 1 lavere) | | 349 (1) | □○○○ svært lav ^{1,2,3} | |

CI: Konfidensintervall;

¹ Studien var ikke blindet.
² Kontrollgruppen er en referansegruppe for å måle hva man kan oppnå med intervensjonen.
³ Kun en studie med få pasienter.

Rehabilitering av slagpasienter

Slagpasienter som deltok i et program som hjalp dem til å ta egne avgjørelser og til økt egenaktivitet, forbedret sin funksjonsdyktighet og økte sin trivsel (life satisfaction level) sammenliknet med brukere som ikke deltok i et slikt program. Forskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante. Brukere som deltok i programmet reduserte tiden ved rehabiliteringsavdelingen med en tredjedel sammenliknet med kontrollgruppen (31). Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatet ble vurdert til svært lav kvalitet.

Tabell 7. Dokumentasjon av multidisiplinært rehabiliteringsprogram

Multidisiplinært rehabiliteringsprogram der både pasient og familie deltar sammenlignet med rehabilitering i en rehabiliteringsklinikk for rehabilitering av slagpasienter som er friske nok til å være hjemme

Pasient eller populasjon: Slagpasienter som er friske nok til å være hjemme

Setting: Pasientens hjem, studien utført i Sverige

Intervensjon: Multidisiplinært rehabiliteringsprogram der både pasient og familie deltar

Kontrollgruppe: Rehabilitering i en rehabiliteringsklinikk

| Utfall | Illustrative comparative risks (95% CI)* | | Relativ effekt (95% CI) | Antall del-takere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
|---|--|--|-------------------------|-----------------------------|---|--|
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Rehabilitering i en rehabiliteringsklinikk | Multidisiplinært rehabiliteringsprogram der både pasient og familie deltar | | | | |
| Sosial og samfunns-messig deltakelse Kommunikasjon med venner og naboer Oppfølging: gjennom-snitt 4 uker | Se kommentar | Se kommentar | | 41 (1) | □○○○ svært lav ^{1,2} | Ingen signifi-kant forskjell mellom grup-pene. |

*CI: Konfidensintervall;

¹ Uklart hvordan deltakerne er fordelt til intervensjons- og kontrollgruppe. Uklart hvor mange pasienter som faller fra i løpet av perioden. Flest kvinner i intervensjonsgruppen, flest menn i kontrollgruppen.

² Kun en studie med få deltagere.

Rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskade

Pasienter med traumatisk hjerneskade som fikk koordinert multidisiplinær rehabilitering med ukentlig oppfølging av pasient og pårørendes behov oppnådde statistisk signifikant bedre funksjon enn kontrollgruppen. Deltakelse sosialt og i samfunnet var en del av den målte funksjonen (32). Kvaliteten på dokumentasjonen for resultatet er vurdert til svært lav, fordi det er en studie med få deltagere.

Tabell 8. Dokumentasjon av koordinert multidisiplinær rehabilitering

Multidisiplinær rehabilitering for rehabilitering av traumatisk hjerneskade

Pasient eller populasjon: pasienter som fikk rehabilitering av traumatisk hjerneskade

Setting: sykehus i UK

Intervensjon: multidisiplinær rehabilitering

| Utfall | Illustrative comparative risks (95% CI) | | Relative effekt (95% CI) | Antall deltakere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE) | Kommentarer |
|---|---|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|---|---|
| | Assumed risk | Corresponding risk | | | | |
| | Control | Multidisiplinær rehabilitering | | | | |
| Funksjonell uavhengighet i daglig Newcastle In-dependence Assessment Form Oppfølging: 2 år | Se kom-mentar | Se kommentar | | 51 (1 studie) | □○○○ svært lav ^{1,2} | Intervensjonsgruppen gjorde signifikante fremskritt i oppføl-gingsperioden 12-24 måneder, mens kontrollgruppen ikke gjorde det. |

CI: Confidence interval;

¹ Tilgangen på ledige senger kunne avgjøre hvor pasienten ble behandlet.

² En studie med få deltagere.

Diskusjon

OPPSUMMERING

Denne oversikten hadde som mål å finne prospektive kontrollerte studier som testet effekten av brukerens medvirkning og tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprosessen for utfallene at brukerne ble mer aktive sosialt eller i samfunnet. Vi fant tre kontrollerte kliniske studier og tre kontrollert før og etter studier. Når det gjelder metodologisk kvalitet, vurderte vi risikoen for skjevheter i resultatene i de enkelte studiene til å være uklar heller høy. Den totale kvaliteten av dokumentasjonsgrunnlaget fra den enkelte studievurderte vi ved hjelp av GRADE til å være av svært lav kvalitet for alle studier.

(Re)habilitering kan omfatte et vidt spekter av tiltak for mange ulike brukergrupper. Oppsummering og sammenligning av studier om effekt av (re)habilitering blir dermed på et overordnet nivå. Det kan være vanskelig å sammenlikne ulike elementer direkte, f. eks. hvilket (re)habiliterende tiltak som fungerer best eller hvilken type brukermedvirkning som har den beste effekten.

De inkluderte studiene var forskjellige på mange måter. Studiene hadde ulike studie-design selv om alle var gjennomført med en kontrollgruppe. En sammenlignet to pleiehjem som hadde forskjellig tilnærming til pasientene (29), mens en annen ga intervensjonsgruppen spesielt utarbeidet skriftlig materiell som hjalp brukerne å prioritere målene sine (28). Formålene med studiene varierte fra å måle effekten av bruk av informasjon som kunne øke pasientenes deltakelse i behandlingsopplegget (29), til opplæring i å mestre dagliglivet med en alvorlig sykdom (30) og videre til å utvikle et rehabiliteringsprogram (31). Pasientenes diagnoser var forskjellige; nevrologiske skader (28), diabetes (30), nyrepasienter (27) og slag (31). Hvilke aktiviteter som inngår i de ulike rehabiliteringsprogrammene var ikke utførlig beskrevet, men varierte fra rehabiliteringsopplegg i institusjon for slagpasienter (31), til opplæring med praktiske øvelser i å mestre dagliglivet med en alvorlig sykdom (30). I tillegg var det forskjeller mellom studiene når det gjaldt hvilke faggrupper som inngikk i de tverrfaglige teamene og hvilke utfall som ble målt.

Vi har inkludert kun seks artikler, men studien dekker likevel et bredt spekter. Alle har i større grad hatt oppmerksomheten rettet mot brukerens medvirkning enn hvilke faggrupper som samhandlet.

STYRKER OG SVAKHETER MED RAPPORTEN

Styrken ved vår rapport er at vi har brukt systematiske metoder for å søke etter, velge ut og kritisk vurdere studiene som er inkludert i rapporten. Vi har søkt etter forskningslitteratur hvor alle elementene som inngår i den norske definisjonen av (re)habilitering var tilstede (2). Overgangen fra definisjonen av (re)habilitering til utformingen av søketermer ble derved et forsøk på å oversette begrepet til termer som kunne gjenfinnes i internasjonal litteratur. For å identifisere artiklene som skulle inngå i prosjektet, måtte tittel, sammendrag eller indeksering inneholde termer som omfattet alle inklusjonskriteriene, bortsett fra utfallene.

Ingen av begrepene er entydige eller klart avgrensede, og vi måtte bruke mange termer for å beskrive dem. Søkestrategiene i Vedlegg 1 viser at vi har gjort et bredt og komplekst søk. Vi kan likevel ha utelatt relevante termer, og det kan være feil og mangler i indekseringen av aktuelle artikler. Til tross for gjennomtenkte og brede litteratursøk kan vi ikke være sikre på at vi fanger opp alle relevante studier.

Inklusjonskriteriene bidro til å avgrense omfanget av tilgjengelig litteratur. Blant artiklene som er ekskludert finnes det eksempler på dette. Vi fant litteratur som omhandlet effekten av brukerens medvirkning i egen (re)habilitering, men som ikke hadde deltakelse sosialt eller i samfunnet som et utfall i studien. Vi ekskluderte en studie som målte f. eks. hvordan brukerens medvirkning påvirket behandlingsdeltakelse og evne til å forstå informasjon (22). Vi fant litteratur som omhandlet brukerens medvirkning og (re)habiliterende tiltak, men hvor det tverrfaglige aspektet ikke var tilstede fordi pasienten kun samarbeidet med en profesjon, for eksempel legen (19).

Vi inkluderte kun intervensjonsstudier som hadde en kontrollgruppe. Syv av tolv potensielt relevante artikler ble ekskludert fordi de manglet kontrollgruppe.

Kvaliteten av dokumentasjonen i en systematisk oversikt er avhengig av kvaliteten i de inkluderte studiene. Vi fant at det var uklart eller høy risiko for systematiske feil i

alle de inkluderte studiene, og det var svært lav kvalitet på dokumentasjonen for de utfallene som var relevante for vår rapport. Derfor er det heller ikke mulig å trekke sikre konklusjoner på grunnlag av de studiene vi har funnet.

Det var ikke mulig å gjøre en meta-analyse for noen av utfallene, fordi studiene var så heterogene. Heterogeniteten lå i at studiene omfattet ulike brukergrupper, ulike intervensjoner og ulike utfall. Derfor er de enkelte resultatene basert på de enkelte studiene – som alle var ganske små, med få deltakere.

En svakhet ved systematiske oversikter er at de raskt kan bli foreldet da ny litteratur kommer til kontinuerlig. Vi reduserte denne risikoen med et nytt søk i september 2009.

HVA BETYR RESULTATENE?

Når kvaliteten av dokumentasjonsgrunnlaget for et resultat vurderes til svært lavt, kan man ikke avgjøre om tiltaket har påvirket utfallet eller ikke. I denne sammenheng betyr det at vi ikke kan avgjøre om at når brukeren medvirker i (re)habiliteringsprosessen har det bidratt det til at brukerne deltok litt mer sosialt eller i samfunnet etter (re)habiliteringen. Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatene i studiene som er inkludert i denne systematiske oversikten er av svært lav kvalitet. Selv om studiene rapporterte en positiv effekt av brukerens medvirkning i rehabiliteringsprosessen på brukerens sosiale eller samfunnsmessige aktivitet, er det svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til resultatene, og vil kunne endre resultatene.

Det er imidlertid verdt å understreke at ingen av studiene rapporterte en negativ effekt av at brukeren medvirket i egen (re)habiliteringsprosess. Studiene er gjennomført i land som vi ofte sammenligner oss med, som bidrar til at resultatene er relevante for norske forhold. Studiene kan allikevel av andre grunner være mindre relevante for norske forhold.

De inkluderte studiene omfattet ulike typer brukermedvirkning i ulike rehabiliterende tiltak. Videre forskning vil kunne gi mer kunnskap om hvilke typer brukermedvirkning som er hensiktsmessige for de ulike brukergruppene med tanke på økt deltaking sosialt og i samfunnet.

Styrkingen av brukernes egenaktivitet kan sjelden gjøres gjennom en standardisert og uniform intervensjon. Flere faktorer må antagelig være tilstede samtidig for at prosessen med å stryke brukerne skal være effektiv. Slike faktorer omfatter bl.a. en grunnleggende forståelse av særegne faktorer i brukerens omgivelse, samt tett overvåking av prosessen (33). Brukere er forskjellige i hvilken utstrekning de ønsker å bli

involvert, f. eks. er det trolig at eldre medvirker mindre i rehabiliteringsprosessen enn yngre brukere (34).

Formålet med undersøkelsene var forskjellige. I en studie var formålet at diabetespasientene i større grad skulle mestre å leve med sykdommen (30), mens i en annen studie var det trygghet i hjemmesituasjonen for slagpasienter man ønsket å oppnå (31). Det får betydning for hvordan man målte sosial deltakelse blant brukerne etter (re)habiliteringen, selv om for de fleste studiene inngår sosiale aktiviteter som en del av en indikator på funksjonsnivå. En undersøkelse har registrert deltakelse i fritidsaktiviteter som å gå på fisketur, mens en annen har undersøkt å kunne gjennomføre telefonsamtaler med venner.

Det er en forutsetning at det er brukerens egne mål som definerer målsettingen for (re)habiliteringsprosessen. Fordi målene med rehabiliteringsprosessene må være individuelle er det vanskelig å sammenligne studier i forhold til å vurdere hva bedring i sosial og samfunnsmessig deltakelse betyr. En sammenligning kan til og med være vanskelig mellom brukere i en og samme studie. Med individuelle utfall kan kvalitative studier også gi viktig informasjon på dette feltet, men vi har i dette prosjektet ikke søkt etter slike studier.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Et viktig funn i dette prosjektet er at det finnes få studier som belyser brukerens medvirkning i egen (re)habiliteringsprosess. Flere og større randomiserte kontrollerte studier av god kvalitet er nødvendige for å kunne dokumentere effekt av brukerens medvirkning i henhold til sin egen (re)habiliteringsprosess.

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi søkt etter litteratur om effekt av individuell brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen målt ved deltakelse sosialt og i samfunnet. Gjennom dette arbeidet har litteratur som omhandler temaer som er nært beslektet med vårt tema dukket opp. Flere av disse temaene kan egne seg som utgangspunkt for nye kunnskapsoppsummeringer. Et eksempel er om brukerens medvirkning i rehabiliteringsprosessen har effekt på funksjonsevne eller andre kliniske utfall, eller på deltakelse i og gjennomføring av behandlingen. Et annet eksempel er om det er dokumentert effekt av brukerens medvirkning når brukeren samarbeider med kun en fagperson, f. eks. fastlegen? Et annet spørsmål er hva effekten av tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringen er, uavhengig av om brukeren deltar i prosessen eller ikke. Også for de to siste problemstillingene vil det antagelig være hensiktsmessig å skille mellom ulike utfallsmål som kliniske utfall, deltakelse i behandlingen og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Konklusjon

Kvaliteten av dokumentasjonsgrunnlaget for resultatene er for lav til at vi kan trekke sikre konklusjoner om rehabilitering bidrar til at brukerne blir mer aktive sosialt og i samfunnet. De seks identifiserte studiene omfatter ulike brukergrupper og ulike typer brukermedvirkning. Om resultatene kan generaliseres til andre brukergrupper eller andre typer brukermedvirkning er også uklart. Vi trenger større og bedre studier før vi kan trekke en klarere konklusjon.

Referanser

1. Bautz-Holter E, Sveen U, Søberg H, Røe C. Utfordringer og trender i rehabilitering. Tidsskr Nor Laegeforen 2007;(127):304-6.
2. Sosial- og helsedepartementet. Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1998. St.meld. nr. 21 (1998-1999).
3. Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet. Politisk plattform for en flertallsregjering. Oslo: regjeringen.no; 2005 Dec 20.
4. Samhandling gir god praksis - Eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 Mar. (15-1676.)
5. Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Oslo: regjeringen.no; 2009 Oct 7.
6. Stortinget. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. 2008. St.prp. 1, 2007-2008.
7. Lovdata. Forskrift om habilitering og rehabilitering. FOR 2001-06-28 nr. 765. 2001 Jun 28.
8. Sorensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt KT, Enger-Karlsen T, Narum IG, Nybo A. [Empowerment in health promotion work]. Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122(24):2379-83.
9. Gulbrandsen P. Styrking - det rette norske begrep for empowerment? Tidsskr Nor Laegeforen 2000;120(19):2330.
10. Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehabil 2009;23(4):352-61.
11. Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. Clin Rehabil 2009;23(4):334-44.
12. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis. Oslo: Kommuneforlaget; 2000.
13. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskassenter for helsetjenesten. 2.utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten.; 2009.
14. Guyatt GH OAKRVGF-YY. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? 336 ed. 2008.

15. Brazier A, Cooke K, Moravan V. Using mixed methods for evaluating an integrative approach to cancer care: a case study. *Integ Cancer Ther* 2008;7(1):5-17.
16. De Williams CAC, Nicholas MK, Richardson PH, Pither CE, Justins DM, Chamberlain JH, et al. Evaluation of a cognitive behavioural programme for rehabilitating patients with chronic pain. *Br J Gen Pract* 1993;(377):513-8.
17. von Koch L, Holmqvist LW, Wottrich AW, Tham K, Pedro-Cuesta J. Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clin Rehabil* 2000;14(6):574-83.
18. Lawn S, Battersby MW, Pols RG, Lawrence J, Parry T, Urukalo M. The mental health expert patient: findings from a pilot study of a generic chronic condition self-management programme for people with mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53(1):63-74.
19. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007;65(1):69-78.
20. Proot IM, Crebolder HF, Abu-Saad HH, Macor TH, ter Meulen RH. Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Educ Couns* 2000;41(3):275-83.
21. Rossiter DA, Edmondson A, al Shahi R, Thompson AJ. Integrated care pathways in multiple sclerosis rehabilitation: completing the audit cycle. *Mult Scler* 1998;4(2):85-9.
22. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(4):265-73.
23. Borrás L, Boucherie M, Mohr S, Lecomte T, Perroud N, Huguelet P. Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry* 2009;24(5):307-16.
24. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a systematic review. *BMJ* 2002;325:1265-8.
25. Hitchon G, Westra A, Beales A, Beresford P. Putting users in control. *MENT HEALTH TODAY* 2006;16-8.
26. Daly MP, Berman BM. Rehabilitation of the elderly patient with arthritis. [Review] [72 refs]. *Clin Geriatr Med* 1993;9(4):783-801.
27. Callahan MB, LeSage L, Johnstone S. A model for patient participation in quality of life measurement to improve rehabilitation outcomes. *Nephrol News Issues* 1999;13(1):33-7.
28. Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78(6):576-80.
29. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34(1):5-11.

30. Keers JC, Bouma J, Links TP, Ter Maaten JC, Gans RO, Wolffenbuttel BH, et al. One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Educ Couns* 2006;60(1):16-23.
31. Ljungberg C, Hanson E, Lovgren M. A home rehabilitation program for stroke patients: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001;15(1):44-53.
32. Semlyen JK, Summers SJ, Barnes MP. Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(6):678-83.
33. Macq J, Torfoss T, Getahun H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. [Review] [91 refs]. *Trop Med Int Health* 2007;12(7):873-85.
34. Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns* 2006;63(1-2):145-51.

Vedlegg 1: Søkestrategier

CINAHL Ovid

1. Patient Participation/
2. Consumer Advocacy/
3. Patient Advocacy/
4. professional-client relations/
5. professional-family relations/
6. exp Professional-Patient Relations/
7. Empowerment/
8. ((consumer? or patient? or user? or disab\$ or advoca\$ or carer? or caregiver? or parent? or relative? or client?) adj2 (particip\$ or involv\$ or represent\$ or consult\$ or contribut\$)).tw.
9. empower\$.tw.
10. self defined.tw.
11. own defined.tw.
12. goal setting.tw.
13. (patient adj2 (decision? or decid\$)).tw.
14. or/1-13
15. exp rehabilitation/
16. Recovery/
17. Halfway Houses/
18. "continuity of patient care"/
19. Progressive Patient Care/
20. patient education/
21. exp Physical Therapy/
22. rh.fs.
23. rehabilitat\$.hw.
24. (rehabilitat\$ or habilitat\$ or therapy).tw.
25. (recover\$ adj2 function?).tw.
26. (reconvalescence or re convalescence or convalescence).tw.
27. ((comprehensive or continuity) adj2 care).tw.
28. patient education.tw.
29. or/15-28
30. interprofessional relations/
31. nurse-physician relations/
32. intraprofessional relations/
33. multidisciplinary care team/
34. nutritional support team/
35. Holistic Care/
36. Holistic Nursing/
37. Holistic Health/

38. team nursing/
39. total patient care nursing/
40. Patient Centered Care/
41. (interprofession* or inter profession* or interdisciplin* or inter disciplin* or interoccupation* or inter occupation* or interinstitut* or inter institut* or interagenc* or inter agenc* or intersector* or inter sector* or multidisciplin* or multi disciplin* or multi profession* or multiprofession* or multiinstitut* or multi institut* or multiagenc* or multi agenc* or multisector* or multi sector* or multiorganisation* or multi organisation* or multiorganization* or multi organization* or interorganisa-tion* or inter organisation* or interorganization* or inter organization* or interde-partment* or inter department*).tw.
42. patient care team?.tw.
43. ((holistic or total or patient centered) adj2 care).tw.
44. (share\$ adj2 decision?).tw.
45. exp *health personnel/
46. (nurse? or physician? or doctor? or oncologist? or pediatrician? or paediatrician? or urologist? or allergist? or immunologist? or surgeon? or anesthesiologist? or an-aesthesiologist? or dermatologist? or neurologist? or radiologist? or obstetrician? or gynaecologist? or gynecologist? or chiropractor? or acupuncturist? or ophthalmolo-gist? or optometrist? or audiologist? or speech language pathologist? or geriatrician? or neurosurgeon? or otolaryngologist? or logopedist? or pathologist? or radiogra-pher? or internist? or dietitian? or dietician? or nutritionist?).tw.
47. (cardiologist? or podiatrist? or endocrinologist? or nephrologist? or rheumatolo-gist? or neonatologist? or perinatologist? or gastroenterologist? or hematologist? or haematologist? or dentist? or denturist? or hygienist? or midwife? or midwive? or health aide? or pharmacist? or physiotherapist? or therapist? or occupational thera-pist? or psychologist? or psychiatrist? or psychiatric aide? or paramedic? or para-medical).tw.
48. (practitioner? or gp or clinician? or hospitalist? or medical professional? or medical worker? or medical workforce or health professional? or health care profes-sional? or personnel? or technician? or assistant? or staff or health worker? or health care worker? or healthcare worker? or resident? or prescriber? or intensivist?).tw.
49. or/45-48
50. (team* or collab* or liais* or cooperat* or co operat* or integrat*).tw.
51. 49 and 50
52. or/30-44,51
53. Clinical Trials/
54. (controlled adj (study or trial)).tw.
55. exp pretest-posttest design/
56. exp quasi-experimental studies/
57. comparative studies/
58. time series.tw.
59. experiment\$.tw.
60. impact.tw.
61. random\$.tw.
62. control\$.tw.
63. intervention\$.tw.
64. evaluat\$.tw.
65. effect?.tw.
66. or/53-65
67. 14 and 29 and 52 and 66

Cochrane Library

- #1 MeSH descriptor Consumer Participation explode all trees
- #2 MeSH descriptor Consumer Advocacy explode all trees

- #3 MeSH descriptor Patient Advocacy explode all trees
- #4 MeSH descriptor Professional-Patient Relations explode tree 2
- #5 ((consumer? or patient? or user? or disab* or advoca* or carer? or caregiver? or parent? or relative? or client?) NEAR/2 (particip* or involv* or represent* or consult* or contribut*)):ti,ab

- #6 (empower* or (self NEXT defined) or (own NEXT defined)):ti,ab
- #7 "goal setting":ti,ab
- #8 patient NEAR/2 (decision* or decid*):ti,ab
- #9 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8)
- #10 MeSH descriptor Rehabilitation explode all trees

- #11 MeSH descriptor Recovery of Function, this term only
- #12 MeSH descriptor Early Intervention (Education), this term only
- #13 MeSH descriptor Halfway Houses, this term only
- #14 MeSH descriptor Comprehensive Health Care, this term only
- #15 MeSH descriptor Continuity of Patient Care, this term only
- #16 MeSH descriptor Progressive Patient Care, this term only
- #17 MeSH descriptor Patient Education as Topic, this term only
- #18 MeSH descriptor Convalescence, this term only
- #19 MeSH descriptor Physical Therapy Modalities, this term only
- #20 (Recover* NEAR/2 Function*):ti,ab
- #21 ((Comprehensive or continuity) NEAR/2 Care):ti,ab
- #22 convalescence or "re convalescence" or reconvalescence or habilitat* or rehabilitat* or therapy:ti,ab

- #23 patient education:ti,ab
- #24 Any MeSH descriptor with qualifier: RH
- #25 (#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24)
- #26 MeSH descriptor Holistic Health, this term only
- #27 MeSH descriptor Holistic Nursing, this term only
- #28 MeSH descriptor Interprofessional Relations explode all trees
- #29 MeSH descriptor Patient Care Team explode all trees
- #30 MeSH descriptor Patient-Centered Care, this term only
- #31 (interprofession* or inter NEXT profession* or interdisciplin* or inter NEXT disciplin* or inter NEXT occupation* or interoccupation* or inter NEXT institut* or interinstitut* or interagency* or inter NEXT agency or inter NEXT sector* or intersector* or multidisciplin* or multi NEXT disciplin* or multi NEXT profession* or multiprofession* or multi NEXT institut* or multiinstitut* or multi NEXT agenc* or multiagenc* or multisector* or multi NEXT sector* or multiorganisation* or multi NEXT organisation* or multi NEXT organization* or multiorganization* interorganisation* or inter NEXT organisation* or inter NEXT organization* or interorganization or interdepartment* inter NEXT department*):ti,ab
- #32 ((share* NEAR/2 decision?) or "holistic care" or

- "patient care team?" or "total care" or "patient centered care"):ti,ab
- #33 (nurse? or physician? or doctor? or oncologist? or pediatrician?
or paediatrician? or urologist? or allergist? or immunologist?
or surgeon? or anesthesiologist? or anaesthesiologist? or dermatologist?
or neurologist? or radiologist? or obstetrician? or gynaecologist? or
gynecologist? or chiropractor? or acupuncturist? or ophthalmologist? or
optometrist? or audiologist? or speech NEXT language NEXT pathologist?
or geriatrician? or neurosurgeon? or otolaryngologist? or logopedist?
or pathologist? or radiographer? or internist? or dietitian? or
dietician? or nutritionist?):ti,ab
- #34 (cardiologist? or podiatrist? or endocrinologist? or
nephrologist? or rheumatologist? or neonatologist? or perinatologist?
or gastroenterologist? or hematologist? or haematologist? or dentist?
or denturist? or hygienist? or midwife? or midwife? or
health NEXT aide? or pharmacist? or physiotherapist? or therapist?
or occupational therapist? or psychologist? or psychiatrist? or
psychiatric NEXT aide? or paramedic? or paramedical):ti,ab
- #35 MeSH descriptor Health Personnel explode all trees
- #36 (practitioner? or gp or clinician? or hospitalist? or
medical NEXT professional? or medical NEXT worker? or
medical NEXT workforce or health NEXT professional?
or health NEXT care professional? or personnel? or
technician? or assistant? or staff or health NEXT worker?
or health NEXT care worker? or healthcare NEXT worker? or
resident? or prescriber? or intensivist?):ti,ab
- #37 (#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32)
- #38 (team* or collab* or liais* or cooperat* or co NEXT operat*
or integrat*):ti,ab
- #39 ((#33 OR #34 OR #35 OR #36) AND #38)
- #40 (#37 OR #39)
- #41 (#9 AND #25 AND #40)

DARE og HTA

- # 1 MeSH Consumer Participation
- # 2 MeSH Consumer Advocacy
- # 3 MeSH Patient Advocacy
- # 4 MeSH Professional-Patient Relations
- # 5 empower*
- # 6 "self defined"
- # 7 "own defined" OR "goal setting"
- # 8 patient NEAR decision*
- # 9 patient NEAR decid*
- # 10 (client* NEAR particip*) OR (client* NEAR involv*) OR
(client* NEAR represent*) OR (client* NEAR consult*) OR
(client* NEAR contribut*)
- # 11 (relative* NEAR particip*) OR (relative* NEAR involv*)
OR (relative* NEAR represent*) OR (relative* NEAR consult*)
OR (relative* NEAR contribut*)
- # 12 (parent* NEAR particip*) OR (parent* NEAR involv*)
OR (parent* NEAR represent*) OR (parent* NEAR consult*)
OR (parent* NEAR contribut*)
- # 13 (caregiver* NEAR particip*) OR (caregiver* NEAR involv*)
OR (caregiver* NEAR represent*) OR (caregiver* NEAR consult*)
OR (caregiver* NEAR contribut*)
- # 14 (carer* NEAR particip*) OR (carer* NEAR involv*)
OR (carer* NEAR represent*) OR (carer* NEAR consult*)
OR (carer* NEAR contribut*)
- # 15 (advoca* NEAR particip*) OR (advoca* NEAR involv*)
OR (advoca* NEAR represent*) OR (advoca* NEAR consult*)
OR (advoca* NEAR contribut*)
- # 16 (disab* NEAR particip*) OR (disab* NEAR involv*)
OR (disab* NEAR represent*) OR (disab* NEAR consult*)
OR (disab* NEAR contribut*)
- # 17 (user* NEAR particip*) OR (user* NEAR involv*)
OR (user* NEAR represent*) OR (user* NEAR consult*)
OR (user* NEAR contribut*)
- # 18 (patient* NEAR particip*) OR (patient* NEAR AND involv*)
OR (patient* NEAR represent*) OR (patient* NEAR consult*)
OR (patient* NEAR contribut*)
- # 19 (consumer* NEAR particip*) OR (consumer* NEAR involv*)
OR (consumer* NEAR represent*) OR (consumer* NEAR consult*)
OR (consumer* NEAR contribut*) 85
- # 20 #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 OR #16 OR #17
OR #18 OR #19
- # 21 MeSH Rehabilitation
- # 22 MeSH Recovery of Function
- # 23 MeSH Early Intervention (Education)
- # 24 MeSH Halfway Houses
- # 25 MeSH Comprehensive Health Care
- # 26 MeSH Continuity of Patient Care
- # 27 MeSH Progressive Patient Care
- # 28 MeSH Patient Education
- # 29 MeSH Convalescence
- # 30 MeSH Physical Therapy Modalities
- # 31 Recover* NEAR Function*

- # 32 "patient education"
- # 33 (Comprehensive NEAR Care) OR (continuity NEAR care)
- # 34 rehabilitat* OR habilitat* OR therapy OR reconvalescence
OR "re convalescence" OR convalescence
- # 35 #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
- # 36 MeSH Holistic Health
- # 37 MeSH Holistic Nursing
- # 38 MeSH Interprofessional Relations
- # 39 MeSH Patient Care Team
- # 40 MeSH Patient-Centered Care 1
- # 41 interprofession* OR "inter profession*" OR interdisciplin*
OR "inter disciplin*" OR "inter occupation*" OR interoccupation*
OR "inter institut*" OR interinstitut* OR interagency* OR "inter agency"
OR "inter sector*" OR intersector* OR multidisciplin*
OR "multi disciplin*" OR "multi profession*" OR multiprofession*
OR "multi institut*" OR multiinstitut* OR "multi agenc*"
OR multiagenc* OR multisector* OR "multi sector*"
OR multiorganisation* OR "multi organisation*" OR "multi organization*"
OR multiorganization* OR interorganisation* OR "inter organisation*"
OR "inter organization*" OR interorganization OR interdepartment*
OR "inter department*" OR "holistic care" OR "Total care"
OR "patient centered care" OR "patient care team"
- # 42 share* NEAR decision*
- # 43 cardiologist* OR podiatrist* OR endocrinologist*
OR nephrologist* OR rheumatologist* OR neonatologist*
OR perinatologist* OR gastroenterologist* OR hematologist*
OR haematologist* OR dentist* OR denturist* OR hygienist*
OR midwife* OR midwive* OR "health aide*" OR pharmacist*
OR physiotherapist* OR therapist* OR "occupational therapist*"
OR psychologist* OR psychiatrist* OR "psychiatric aide*"
OR paramedic* OR paramedical*
- # 44 MeSH Health Personnel
- # 45 practitioner* OR gp OR clinician* OR hospitalist*
OR "medical professional*" OR "medical worker*"
OR "medical workforce" OR "health professional*"
OR "health care professional*" OR "health worker*"
OR "health care worker*" OR "healthcare worker*"
OR resident* OR prescriber* OR intensivist* OR personnel*
OR technician* OR assistant* OR staff
46 nurse* OR physician* OR doctor* OR oncologist*
OR pediatrician* OR paediatrician* OR urologist* OR allergist*
OR immunologist* OR surgeon* OR anesthesiologist*
OR anaesthesiologist* OR dermatologist* OR neurologist*
OR radiologist* OR obstetrician* OR gynaecologist*
OR gynecologist* OR chiropractor* OR acupuncturist*
OR ophthalmologist* OR optometrist* OR audiologist*
OR "speech language pathologist*" OR geriatrician*
OR neurosurgeon* OR otolaryngologist* OR logopedist*
OR pathologist* OR radiographer* OR internist* OR dietitian*
OR dietician* OR nutritionist*
- # 47 #36 or #37 OR #38 or #39 or #40 or #41 OR #42
- # 48 #43 or #44 or #45 or #46
- # 49 team* OR collab* OR liais* OR cooperat*
OR "co operat*" OR integrat*
- # 50 #48 AND #49

51 #47 or #50
52 #20 AND #35 AND #51

EMBASE Ovid

1. patient participation/
2. consumer advocacy/
3. patient advocacy/
4. doctor patient relation/
5. nurse patient relationship/
6. patient decision making/
7. ((consumer? or patient? or user? or disab\$ or advoca\$ or carer? or caregiver? or parent? or relative? or client?) adj2 (particip\$ or involv\$ or represent\$ or consult\$ or contribut\$)).tw.
8. empowerment/
9. empower\$.tw.
10. self defined.tw.
11. own defined.tw.
12. goal setting.tw.
13. (patient adj2 (decision? or decid\$)).tw.
14. or/1-13
15. exp rehabilitation/
16. convalescence/
17. early childhood intervention/
18. halfway house/
19. progressive patient care/
20. patient education/
21. exp physiotherapy/
22. rh.fs.
23. rehabilitat\$.hw.
24. (rehabilitat\$ or habilitat\$ or therapy).tw.
25. (recover\$ adj2 function?).tw.
26. (reconvalescence or re convalescence or convalescence).tw.
27. ((comprehensive or continuity) adj2 care).tw.
28. patient education.tw.
29. or/15-28
30. interdisciplinary communication/
31. doctor nurse relation/
32. team nursing/
33. total patient care nursing/
34. (interprofession* or inter profession* or interdisciplin* or inter disciplin* or interoccupation* or inter occupation* or interinstitut* or inter institut* or interagenc* or inter agenc* or intersector* or inter sector* or multidisciplin* or multi disciplin* or multi profession* or multiprofession* or multiinstitut* or multi institut* or multiagenc* or multi agenc* or multisector* or multi sector* or multiorganisation* or multi organisation* or multiorganization* or multi organization* or interorganisa-tion* or inter organisation* or interorganization* or inter organization* or interde-partment* or inter department*).tw.
35. cooperation/
36. teamwork/
37. patient care team?.tw.
38. ((holistic or total or patient centered) adj care).tw.
39. holistic care/
40. (share\$ adj2 decision?).tw.
41. exp Health Care Personnel/

42. (nurse? or physician? or doctor? or oncologist? or pediatrician? or paediatrician? or urologist? or allergist? or immunologist? or surgeon? or anesthesiologist? or anaesthesiologist? or dermatologist? or neurologist? or radiologist? or obstetrician? or gynaecologist? or gynecologist? or chiropractor? or acupuncturist? or ophthalmologist? or optometrist? or audiologist? or speech language pathologist? or geriatrician? or neurosurgeon? or otolaryngologist? or logopedist? or pathologist? or radiographer? or internist? or dietitian? or dietician? or nutritionist?).tw.
43. (cardiologist? or podiatrist? or endocrinologist? or nephrologist? or rheumatologist? or neonatologist? or perinatologist? or gastroenterologist? or hematologist? or haematologist? or dentist? or denturist? or hygienist? or midwife? or midwive? or health aide? or pharmacist? or physiotherapist? or therapist? or occupational therapist? or psychologist? or psychiatrist? or psychiatric aide? or paramedic? or paramedical).tw.
44. (practitioner? or gp or clinician? or hospitalist? or medical professional? or medical worker? or medical workforce or health professional? or health care professional? or personnel? or technician? or assistant? or staff or health worker? or health care worker? or healthcare worker? or resident? or prescriber? or intensivist?).tw.
45. or/41-44
46. (team* or collab* or liais* or cooperat* or co operat* or integrat*).tw.
47. 45 and 46
48. or/30-40,47
49. Randomized Controlled Trial/
50. Time Series Analysis/
51. random\$.tw.
52. experiment\$.tw.
53. time series.tw.
54. (pre test or pretest or post test or posttest).tw.
55. impact.tw.
56. intervention\$.tw.
57. chang\$.tw.
58. evaluat\$.tw.
59. effect?.tw.
60. compar\$.tw.
61. control\$.tw.
62. or/49-61
63. Nonhuman/
64. 62 not 63
65. 14 and 29 and 48 and 64
66. 14 and 29 and 48
67. limit 66 to "reviews (2 or more terms min difference)"
68. 2007\$.em.
69. 2008\$.em.
70. 68 or 69
71. 67 and 70

MEDLINE Ovid

1. Consumer Participation/
2. Patient Participation/
3. Consumer Advocacy/
4. Patient Advocacy/
5. professional-patient relations/
6. nurse-patient relations/
7. physician-patient relations/
8. ((consumer? or patient? or user? or disab\$ or advoca\$ or carer? or caregiver? or parent? or relative? or client?) adj2 (particip\$ or involv\$ or represent\$ or consult\$ or contribut\$)).tw.
9. empower\$.tw.
10. self defined.tw.
11. own defined.tw.
12. goal setting.tw.
13. (patient adj2 (decision? or decid\$)).tw.
14. or/1-13
15. rehabilitation/ or "activities of daily living"/ or art therapy/ or bibliotherapy/ or dance therapy/ or early ambulation/ or exercise therapy/ or motion therapy, continuous passive/ or muscle stretching exercises/ or music therapy/ or occupational therapy/ or "rehabilitation of hearing impaired"/ or communication methods, total/ or lipreading/ or manual communication/ or sign language/ or "rehabilitation of speech and language disorders"/ or language therapy/ or speech, alaryngeal/ or speech, esophageal/ or speech therapy/ or voice training/ or rehabilitation, vocational/ or employment, supported/ or self care/
16. "Recovery of Function"/
17. "Early Intervention (Education)"/
18. Halfway Houses/
19. Comprehensive Health Care/
20. Continuity of Patient Care/
21. Progressive Patient Care/
22. Patient Education as Topic/
23. Convalescence/
24. Physical Therapy Modalities/
25. rh.fs.
26. rehabilitat\$.hw.
27. (rehabilitat\$ or habilitat\$ or therapy).tw.
28. (recover\$ adj2 function?).tw.
29. (reconvalescence or re convalescence or convalescence).tw.
30. ((comprehensive or continuity) adj2 care).tw.
31. patient education.tw.
32. or/15-31
33. interprofessional relations/
34. interdisciplinary communication/
35. physician-nurse relations/
36. patient care team/
37. nursing, team/
38. Patient-Centered Care/
39. Holistic Nursing/
40. Holistic Health/

41. (interprofession* or inter profession* or interdisciplin* or inter disciplin* or interoccupation* or inter occupation* or interinstitut* or inter institut* or interagenc* or inter agenc* or intersector* or inter sector* or multidisciplin* or multi disciplin* or multi profession* or multiprofession* or multiinstitut* or multi institut* or multiagenc* or multi agenc* or multisector* or multi sector* or multiorganisation* or multi organisation* or multiorganization* or multi organization* or interorganisa-tion* or inter organisation* or interorganization* or inter organization* or interde-partment* or inter department*).tw.
42. patient care team?.tw.
43. ((holistic or total or patient centered) adj care).tw.
44. (share\$ adj2 decision?).tw.
45. exp *health personnel/
46. (nurse? or physician? or doctor? or oncologist? or pediatrician? or paediatrician? or urologist? or allergist? or immunologist? or surgeon? or anesthesiologist? or an-aesthesiologist? or dermatologist? or neurologist? or radiologist? or obstetrician? or gynaecologist? or gynecologist? or chiropractor? or acupuncturist? or ophthalmolo-gist? or optometrist? or audiologist? or speech language pathologist? or geriatrician? or neurosurgeon? or otolaryngologist? or logopedist? or pathologist? or radiogra-pher? or internist? or dietitian? or dietician? or nutritionist?).tw.
47. (cardiologist? or podiatrist? or endocrinologist? or nephrologist? or rheumatolo-gist? or neonatologist? or perinatologist? or gastroenterologist? or hematologist? or haematologist? or dentist? or denturist? or hygienist? or midwife? or midwive? or health aide? or pharmacist? or physiotherapist? or therapist? or occupational thera-pist? or psychologist? or psychiatrist? or psychiatric aide? or paramedic? or para-medical).tw.
48. (practitioner? or gp or clinician? or hospitalist? or medical professional? or medical worker? or medical workforce or health professional? or health care profes-sional? or personnel? or technician? or assistant? or staff or health worker? or health care worker? or healthcare worker? or resident? or prescriber? or intensivist?).tw.
49. or/45-48
50. (team* or collab* or liais* or cooperat* or co operat* or integrat*).tw.
51. 49 and 50
52. or/33-44,51
53. randomized controlled trial.pt.
54. random\$.tw.
55. control\$.tw.
56. intervention\$.tw.
57. evaluat\$.tw.
58. or/53-57
59. Animals/
60. Humans/
61. 59 not (59 and 60)
62. 58 not 61
63. 14 and 32 and 52 and 62
64. 14 and 32 and 52
65. limit 64 to "reviews (optimized)"
66. 2007\$.ed.
67. 2008\$.ed.
68. 66 or 67
69. 65 and 68

PsycINFO Ovid

1. client participation/
2. empowerment/
3. client rights/
4. self determination/
5. ((consumer? or patient? or user? or disab\$ or advoca\$ or carer? or caregiver? or parent? or relative? or client?) adj2 (particip\$ or involv\$ or represent\$ or consult\$ or contribut\$)).tw.
6. empower\$.tw.
7. self defined.tw.
8. own defined.tw.
9. goal setting.tw.
10. ((patient? or client?) adj2 (decision? or decid\$)).tw.
11. or/1-10
12. psychosocial readjustment/
13. occupational therapy/
14. physical therapy/
15. psychosocial rehabilitation/
16. neuropsychological rehabilitation/
17. REHABILITATION/
18. independent living programs/
19. Habilitation/
20. psychosocial rehabilitation/
21. psychosocial readjustment/
22. disability management/
23. self care skills/
24. vocational rehabilitation/
25. work adjustment training/
26. school to work transition/
27. (rehabilitat\$ or habilitat\$).tw.
28. (recover\$ adj2 function?).tw.
29. (reconvalescence or re convalescence or convalescence).tw.
30. "Recovery (Disorders)"/
31. halfway houses/
32. or/12-31
33. 11 and 32
34. interpersonal interaction/
35. collaboration/
36. cooperation/
37. interdisciplinary treatment approach/
38. teams/
39. (interprofession* or inter profession* or interdisciplin* or inter disciplin* or interoccupation* or inter occupation* or interinstitut* or inter institut* or interagenc* or inter agenc* or intersector* or inter sector* or multidisciplin* or multi disciplin* or multi profession* or multiprofession* or multiinstitut* or multi institut* or multiagenc* or multi agenc* or multisector* or multi sector* or multiorganisation* or multi organisation* or multiorganization* or multi organization* or interorganisa-tion* or inter organisation* or interorganization* or inter organization* or interde-partment* or inter department*).tw.
40. ((patient? or client?) adj care team?).tw.
41. (share\$ adj2 decision?).tw.

42. exp Professional Personnel/

43. (nurse? or physician? or doctor? or oncologist? or pediatrician? or paediatrician? or urologist? or allergist? or immunologist? or surgeon? or anesthesiologist? or anaesthesiologist? or dermatologist? or neurologist? or radiologist? or obstetrician? or gynaecologist? or gynecologist? or chiropractor? or acupuncturist? or ophthalmologist? or optometrist? or audiologist? or speech language pathologist? or geriatrician? or neurosurgeon? or otolaryngologist? or logopedist? or pathologist? or radiographer? or internist? or dietitian? or dietician? or nutritionist? or social worker?).tw.

44. 42 or 43

45. (team* or collab* or liais* or cooperat* or co operat* or integrat*).tw.

46. 44 and 45

47. or/34-41,46

48. 33 and 47

Sociological Abstracts, CSA Illumina
Social Services Abstracts, CSA Illumina

(DE= ("participative decision making" or "empowerment") or KW= (consumer* or patient* or user* or disab* or advoca* or carer* or caregiver* or parent* or relative* or client*) within 2 (particip* or involv* or represent* or consult* or contribut* or decision* or decid*) or KW= (empower* or self defined or own defined or goal setting*)) and (DE= ("rehabilitation" or "rehabilitation programs" or "vocational rehabilitation" or "treatment programs" or "self care") or KW= (rehabilitat* or habilitat* or reconvalence or re convalence or convalescence) or KW= (recover* within 2 function*)) and (KW= (interprofession* or inter profession* or interdisciplin* or inter disciplin* or interoccupation* or inter occupation* or interinstitut* or inter institut* or interagenc* or inter agenc* or intersector* or inter sector* or multidisciplin* or multi disciplin* or multi profession* or multiprofession* or multiinstitut* or multi institut* or multiagenc* or multi agenc* or multisector* or multi sector* or multiorganisation* or multi organisation* or multiorganization* or multi organization* or interorganisation* or inter organisation* or interorganization* or inter organization* or interdepartment* or inter department* or teamwork or team or teams or collab* or liais* or cooperat* or co operat* or integrat*) or KW= (share* within 2 decision*))

Vedlegg 2: Evidenstabeller inkluderte studier.

| | |
|---|---|
| Studie | Callahan MB, LeSage L, Johnstone S. A model for patient participation in quality of life measurement to improve rehabilitation outcomes. <i>Nephrol. News Issues</i> 1999; 13 :33-37. |
| Land | USA |
| Studie-design | Intervensjongruppe (n=59) med økt pasient "målsetting" og tverrfaglig samarbeid. Kontrollgruppe (n=73). Sammenlikning av pre- og postgruppe data. |
| Formål | Å kartlegge om måling og tolkning av HRQOL resultatene kan bistå nyreteamet i å utforme individuelle planer og bestemme om utforming av tverrfaglig intervensjon basert på HRQOL målinger vil øke pasientens oppfatning av velvære og livskvalitet. |
| Populasjon | Siste stadium nyresykdom. Alder 40-70 år. |
| Rehabiliterende tiltak | Hemodialyse senter. |
| Intervensjon Team involvert i rehabilitering | Tverrfaglig team ved bl.a. sykepleier og sosialarbeider. |
| Intervensjon Brukermedvirkning | Pasientenes målsetting. Gi pasientene en mulighet til å identifisere hva de ønsker å forbedre og samarbeide med teamet for å oppnå forbedring. |
| Utfall | Kunne returnere til eget hjem fra sykehjem, forbedre fysisk og emosjonell funksjon. Bli sterk nok til å tåle transplantasjon. Kunne gå bedre, utføre husarbeid og fritidsaktiviteter som hagearbeid, fisketur. |
| Metodisk kvalitet | Lav |
| Resultat | Tiltakene hadde en positiv effekt på pasientens oppfatning av sin helse. 87 % sa at de hadde hatt fremgang i å nå sine mål. |

| | |
|---------------|---|
| Studie | Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? <i>Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry</i> 2007; 78 :576-580. |
|---------------|---|

| | |
|---|--|
| Land | England |
| Studiedesign | Intervensjonsgruppe (n=101) med "økt deltakelse" av "målsetting". Kontrollgruppe (n=100): "vanlig praksis" av "målsetting", Intervensjonen varte i 18 mnd. |
| Formål | Undersøke effekten av økt deltakelse i prosessen ved å sette mål i en nevrorehabiliterings setting. |
| Populasjon | Pasienter fra nevrologisk rehabiliteringsenhet. Vesentlig pasienter med fysiske eller nevrologiske skader oppstått ved slag, multippel sklerose, eller ikke-traumatiske ødeleggelser i ryggmargen. |
| Rehabiliterende tiltak | Pasientene var innlagt på en rehabiliteringsenhet. |
| Intervensjon Team involvert i rehabilitering | Fysioterapeut, ergoterapeut, tale- og språkerapeut, lege og sykepleier. |
| Intervensjon Brukermedvirkning | "Målsetting" mhp vedlikehold av helse, kognitive funksjoner, personlig engasjement i dagliglivet, sosial deltakelse og kommunikasjon. |
| Utfall | Fysiske, sosiale og psykologiske parametre. |
| Metodisk kvalitet | Moderat |
| Resultat | Brukerne foretrakk økt deltagelse i "målsetting" prosessen. De oppfattet målene deres som mer relevante og rehabiliteringen som mer brukersentrert, tross for at deres funksjonelle fremgang var fraværende. |

| | |
|---|---|
| Studie | Keers JC, Bouma J, Links TP, Ter Maaten JC, Gans RO, Wolffenbuttel BH <i>et al.</i> One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. <i>Patient Educ Couns</i> 2006; 60 :16-23. |
| Land | Nederland |
| Studie-design | Intervensjonsgruppe (n=154) styrkes mhp "målsetting", problemløsning og psykososial rådgiving. Kontrollgruppe (n=231): ikke-henviste poliklinikkpasienter. Intervensjonen varte i 12 mnd. |
| Formål | Bestemme effekt og rollen til faktorer som støtter empowerment for diabetespasienter med langvarige problemer med å klare seg selv (self-management). |
| Populasjon | Diabetes pasienter med langvarig høy HbA1c og psykososiale problemer. |
| Rehabiliterende tiltak | MIEP kan oppfattes som et rehab. program fordi det har som mål å hjelpe pasienten til å oppnå optimal funksjon med de restriksjonene det er å ha diabetes. |
| Intervensjon Team involvert i rehabilitering | Diabetessykepleier, dietetiker, lege med diabetes spesialitet, sosionom, psykolog, ergoterapeut og aktivitør. |

| | |
|---|---|
| Intervensjon Bruker- medvirk- ning | Styrke brukernes eget selvbilde og mobilisere ressurser til å håndtere sine utfordringer (empowerment). |
| Utfall | Oppnå og fungere optimalt, gitt de restriksjonene diabetespasienter har. HbA1c, funksjonelle, sosiale og mentale parameter, pluss vitalitet, ble målt. |
| Metodisk kvalitet | Moderat |
| Resultat | Programmet styrket brukernes eget selvbilde og mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer (empowerment). Gunstig intervensjon for brukere med langvarige problemer med å ta vare på egen helse (self-management). Brukerne forbedret sin helserelevante livskvalitet som det å fungere kroppslig, mentalt og sosialt, samt HbA1c verdier. |

| | |
|---|--|
| Studie | Ljungberg C, Hanson E, Lovgren M. A home rehabilitation program for stroke patients: a pilot study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 2001; 15 :44-53. |
| Land | Sverige |
| Studie- design | Intervensjonsgruppe (n=32) ansvarliggjøres i forhold til egen omsorg og behandling. Kontrollgruppe (n=9). Observasjoner av brukerne ved ankomst, utskrivning, etter 4 ukers rehab hjemme med oppfølging etter 6 og 12 mnd. |
| Formål | Utvikle et rehabiliteringsprogram hvor slagteam, pasient og familie opptrer som partnere i rehabiliteringsprosessen allerede på sykehuset og deretter for en 4 ukers periode i pasientens hjem. |
| Populasjon | Slagpasienter. |
| Rehabilite- rende tiltak | Rehabilitering i eget hjem. |
| Interven- sjon Team in- volvert i re- habilitering | Lege, sykepleier, terapeut, psykolog og sosionom. |
| Interven- sjon Brukermed- virkning | Programmet "Self-care nursing theory" skal hjelpe brukerne til å ta egne avgjørelser og til økt egenaktivitet. |
| Utfall | Daglige aktiviteter som hygiene, bading, kle seg, spise, gå i trapper, mobilitet, sosiale faktorer og kognitiv evne (forstå, uttrykke seg, huske). Nevrologisk status. |
| Metodisk kvalitet | Lav |
| Resultat | Brukerne fikk forbedret sin funksjonsdyktighet, i tillegg til økt trivsel (life satisfaction level). Programmet hjalp brukerne til å ta egne avgjørelser og til økt egenaktivitet. På grunn av programmet ble tiden ved rehabiliteringsavdelingen forkortet med en tredjedel sammenliknet med kontrollgruppen. |

| | |
|---|--|
| Studie | Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. <i>J Rehabil.Med</i> 2002; 34 :5-11. |
| Land | Sverige |
| Studie-design | Intervensjonsgruppe (n=151) med aktiv deltakelse. Kontrollgruppe (n=55). Data ble samlet over en 14 måneders periode. |
| Formål | Evaluere om bruken av et klient-sentrert instrument (The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)) påvirker pasientens oppfatning av aktiv deltakelse i rehabiliteringsprosessen. |
| Populasjon | Forskjellige pasientgrupper; slag, geriatri, nevrologi, pluss flere. "Need for rehab intervention". |
| Rehabiliterende tiltak | En forutsetning at pasientene som deltar har et behov for rehabilitering. |
| Intervensjon Team involvert i rehabilitering | Hjemme-rehabilitering med fysioterapeut og ergoterapeut. |
| Intervensjon Brukermedvirkning | Aktiv deltakelse av pasientene i følge COPM (Canadian model of occupational performance). |
| Utfall | "Activities of daily living (ADL)", produktivitet og fritid. Lage frokost, gå i trapper, kle seg, etc. |
| Metodisk kvalitet | Lav |
| Resultat | Flere brukere i intervensjonsgruppen gjenkjente behandlingsmålene, var i stand til å huske målene, følte at de var aktive deltakere i målformuleringsprosessen og var i stand til å klare seg selv bedre sammenliknet med brukere i kontrollgruppen. |

| | |
|---|--|
| Studie | Semlyen, J. K, Summers, S.J., Barnes, M.P. |
| Land | UK |
| Studie-design | Intervensjonsgruppe (n=33). Kontrollgruppe (n=18). Data ble samlet over en 24 måneders periode. |
| Formål | Vurdere effektiviteten av et koordinert multidisiplinært rehabiliteringstjeneste for alvorlige hodeskader. |
| Populasjon | Pasienter med traumatisk hjerneskade |
| Rehabiliterende tiltak | Rehabilitering ved sykehus beregnet på pasienter med alvorlige hodeskader |
| Intervensjon Team involvert i rehabilitering | Multidisiplinær tilnærming ikke nærmere angitt. |

| | |
|---|--|
| Intervensjon Bruker- medvirk- ning | Ukentlig oppfølging av pasient og pårørende for å kartlegge pasientenes behov. |
| Utfall | Newcastle Independence Assessment Form som inneholder opplysninger om besøk av venner og om arbeid. |
| Metodisk kvalitet | Moderat |
| Resultat | Gruppen som mottok koordinert multidisiplinær rehabilitering ikke bare viste signifikant forbedring gjennom studieperioden, men også oppretthold behandlingseffekt etter at intervensjonen ble avsluttet. Sammenligningsgruppen, til tross for lettere skade i utgangspunktet, viste ikke tilsvarende forbedringer eller noen effekt etter behandlingen. |

Vedlegg 3: Ekskluderte studier

| Forfattere, tittel, journal | Populasjon | Intervensjon | Utfall | Studiedesign | Eksklusjonsgrunn |
|--|---|---|---|--|------------------------|
| | <i>Brukere med ulike funksjonsnedsettelser</i> | <i>A) Team involvert i rehabilitering; tverrfaglig/sektoriell B) Brukermedvirkning</i> | <i>Økt deltakelse sosialt/i samfunnet/arbeid, samt funksjons- og mestringssevne.</i> | <i>Kontrollerte studier; oversikter, primærstudier etc</i> | |
| Borras L, Boucherie, M, Mohr, S., Lecomte T., Perroud, N., Huguélet, Ph. Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. <i>European psychiatry</i> 24 (2009) 307-316 | Pasienter med psykose (N=54) | A) psykiatrisk poliklinikk B) Bruk av selvrespektsmodul | Selvrespekt, selvhevdelse, aktive mestringsstrategier | En gruppe pasienter fikk tilbudet først 12 uker etter at den første gruppen hadde deltatt. | Ikke brukermedvirkning |
| Brazier A, Cooke K, Moravan V. Using mixed methods for evaluating an integrative approach to cancer care: a case study. <i>Integ. Cancer Ther.</i> 2008;7:5-17. | Kreftpasienter. (n=46) | A) Lege, ernæringsfysiolog, massør, kinesisk medisin, musikkterapeut. B) Pasientene aktivt involvert i egenomsorg. | Pasienten føler seg bedre fysisk, sosialt, emosjonelt og funksjonelt. | “Mixed-methods case study” med før- and ettertest design. 6 uker og 5 mnd. oppfølging. Kval. data for måling av brukererfaring. Kvant. data for måling av “QoL”. | Ingen kontrollgruppe. |
| Daly MP, Berman BM. Rehabilitation of the elderly patient with | Personer over 65 år. | | | Beskrivelse av mulige typer rehabiliteringer. | Ikke en studie. |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| arthritis. <i>Geriatric Rehabilitation</i> 1993;9:783-801. | | | | | |
| De Williams CAC, Nicholas MK, Richardson PH, Pither CE, Justins DM, Chamberlain JH <i>et al.</i> Evaluation of a cognitive behavioural programme for rehabilitating patients with chronic pain. <i>Br.J Gen.Pract.</i> 1993;513-518. | Pasienter med kronisk smerte. (n=212) | A) Psykolog, anestesilege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier. B) Pasienten valgte selv eget aktivitetsnivå og medisineringsnivå i fht smertelindring. De satt selv langsiktige og intermedieære mål. | Smertemedisin kan reduseres. Forbedret søvnmønster og gange. | Før og etter studie. 6 mnd. oppfølging. | Ingen kontrollgruppe. |
| Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, Kissling W. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2006;114; 265-273. | Pasienter med schizofreni. (n=107) | A) Psykiatrisk avdeling. B) "Shared Decision Making" modell. | Pasienten involveres i medisinske avgjørelser, og får mer innsikt i sykdom og behandling. | Randomisert, kontrollert studie. | Utfallene omfatter ikke deltakelse i samfunnet. |
| Hitchon G, Westra A, Beales A, Beresford P. Putting users in control. <i>Mental Health Today</i> 2006;6:16-18. | Mental helse. | | | Beskrivelse av ulike tilnæringer for tiltak. | Ikke en studie. |
| von Koch L, Holmqvist LW, Wottrich AW, Tham K, Pedro-Cuesta J. Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. <i>Clin.Rehabil.</i> 2000; 14:574-583. | Slagpasienter. (n=41) | A) Fysioterapeut, ergoterapeut, språk- og taleterapeut. B) Pasienten kunne velge når programmet avsluttes. Rehab. programmet og prosessen var et partnerskap mellom pasient og terapeut. | Fokus på det å kle seg, lage mat, gå, sosiale aktiviteter og taletrening. | Rehab-program-met varte 4 mnd. etter utskrivning. Kvalitative (quotations) og kvantitative (0-3, 3-6, 6-12 mnd) data. | Beskrivende studie, ingen kontrollgruppe. |
| Lawn S, Battersby MW, Pols RG, Lawrence. The mental health expert patient: findings from a pilot study of generic chronic condition. <i>The international journal of social psychiatry</i> 2007; 53:63-74. | Pasienter med alvorlig mentale lidelser. | A) Allmennpraktiker, psykolog. B) "Flinders model" skaper et partnerskap mellom pasient og de øvrige medarbeiderne. | Mål på hvordan klare seg hjemme , i arbeid, i fritid og med familien. | Før- og etterstudie. | Ikke kontrollgruppe. |
| Loh A, Leonhart R, Wills CE, | Pasienter med | A) Allmennpraktiker. | Økt tilslutning og med- | Spørreskjema til 30 GP og 207 | Ikke kontrollgruppe. |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
| Simon D, Härter M. The Impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. <i>Patient Educ and Couns</i> 2007; 65:69-78. | depresjon. | B) Pasientmedvirkning på behandlingstilslutning og klinisk utfall. | virkning for pasienten. | pasienter med depresjon. | pe. Ikke tverrfaglig, ikke sosial aktivitet som utfall. |
| Proot IM, Crebolder HF, Abu-Saad HH, Macor TH, ter Meulen RH. Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. <i>Patient Educ Couns</i> . 2000;41:275-83. | Slagpasienter. (n=22) | A) Et "helseprofesjonelt" team. B) Pasienten tar initiative, ansvarlig for egen handling. | Pasienten ble enten sendt hjem eller til aldershjem. | Kvalitativ studie. Intervjuer ved ankomst, under rehab. og utskrivning. "Grounded theory" (en metode for å avdekke et fenomen). | Ikke en kontrollert studie. |
| Rossiter DA, Edmondson A, al Shahi R, Thompson AJ. Integrated care pathways in multiple sclerosis rehabilitation: Completing the audit cycle. <i>Mult.Scler</i> . 1998;4:85-89. | Pasienter med multippel sklerose. | A) Slagteam (sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, nevrolog). B) Mål for rehab. blir diskutert og besluttet av pasienten. Pasienten utformer målene. | Økt bevegelighet, pust, personlig hygiene og kognitiv funksjon. | Kohortestudie. 3 forskjellige kohorter er sammenliknet for omsorgsprosessen, for å evaluere effekten av målrettet terapi og suksessrate. | En kohortestudie uten kontrollgruppe. |
| Simpson EL, House A. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services. <i>BMJ</i> 2002; 325:1265-1270. | Mental helse-tjeneste. | A) "Samarbeider i team". B) Involverer pasienten i avlevering og evaluering i den mentale helsetjenesten | | Systematisk oversikt. | Likemannsarbeid, ikke deltakelse i egen behandling. |

Vedlegg 4: Vurdering av risiko for feil/skjevhet

| Artikkel | Callahan (27) | Holiday (28) | Keers (30) | Ljungberg (31) | Wressle (29) | Semlyen (32) |
|--|---------------|--------------|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Adekvat generering av fordelingssekvens | Nei | Uklart | Nei | Nei | Nei | Nei |
| Skjult allokering | Nei | Uklart | Nei | Nei | Nei | Nei |
| Blinding av deltakere, personell og dem som målte utfallene | Nei | Nei | Nei | Nei | Nei | Nei |
| Ufullstendig oppfølging av utfallsdata adekvat behandlet | Nei | Uklart | Nei | Ja | Nei | Uklart |
| Fri for selektiv rapportering | Uklart | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Andre typer systematiske feil | Uklart | Uklart | Mulig confounding | Mulig confounding | Uklart | Mulig confounding |