CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

Titel	**Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.**
Indeksering	**Hovedsøgeord:** Kommunikation **Indekssøgeord:** Målsætning, borgerinddragelse, hjemmepleje, hjemmehjælp rehabilitering, hverdagsrehabilitering
Forfattergruppe	**Forfattergruppe:** • Birgitte Grønnegård Jepsen. Ergoterapeut, MR. Leder af et rehabiliterings- og forebyggende team. Rudersdal Kommune • Irma Kirstine Edqvist. Fysioterapeut. "Grib Hverdagen" Aarhus Kommune • Malene Isling Pai. Aut. klinisk diætist. Vigerslevhus, Københavns Kommune • Marianne Mahler. Sygeplejerske. Ph.d. Sygeplejefaglig konsulent. Københavns Kommune • Ulla Garbøl. Ergoterapeut. Cand.scient.san. Konsulent, Ergoterapeutforeningen • Lena Wivel. Cand.scient.pol. Konsulent, projekt-koordinator, KL og Sundhedskartellet • Yrsa Hundrup. Sygeplejerske. MN. Ph.d. Center for kliniske retningslinjer. Vejleder for arbejdsgruppen **Konsulent:** • Lena Borrits. Forskningsbibliotekar. KUBIS Københavns Universitet (Vejleder i littteratursøgningsstrategi) **Kontaktperson:** Birgitte Grønnegård Jepsen Mail: bjep@rudersdal.dk Telefon: 72 68 51 92
Godkendelse	Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer. (www.cfkr.dk)
Dato	Godkendt dato: 16.december 2013 Revisionsdato: 16.juni 2016 Udløbsdato:15.december 2016
Bedømmelse	Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både

	internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.cfkr.dk
Lægmands Resumé	Denne kliniske retningslinje har undersøgt, hvorvidt der findes viden om effekten af målsætning i rehabiliteringsforløb, som tilbydes borgere +65 år, der søger om hjælp og støtte i hjemmet efter Servicelovens § 83, når der vurderes at være mulighed for at forbedre funktionsevnen. I denne retningslinje vurderes udelukkende den rehabilitering, som finder sted i borgers hjem/ varige plejebolig. Målsætning anses for at være et centralt element i rehabilitering, da det fremmer motivation hos borgeren og en målrettet, koordineret indsats fra fagpersoner. Antagelser om at en øget borgerinddragelse gennem systematisk målsætning i rehabiliteringsindsatserne kan føre til overskridelser af det kommunale serviceniveau bevirker dog, at dette ikke konsekvent praktiseres. To danske rapporter peger imidlertid på, at borgernes målsætning ikke medfører et ukontrollabelt ressourceforbrug, men tværtimod kan målrette samarbejdet og forkorte rehabiliteringsforløbet. Arbejdsgruppen har derfor fundet det relevant at undersøge, hvorvidt der findes tilstrækkelig forskning, der kan dokumentere effekt af målsætning til at anbefale en systematisk brug. I litteratursøgningen er der fundet i alt 3631 artikler. Efter læsning af titler og resuméer er i alt 75 artikler fundet relevante. Efter gennemlæsning af de 75 artikler er 12 artikler udvalgt til kritisk vurdering. Af disse er otte artikler fundet af tilstrækkelig kvalitet til at indgå i det materiale, som ligger til grund for den kliniske retningslinje. Syv ud af otte studier dokumenterede effekt i form af øget helbredsbetinget livskvalitet, øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem, bedret målopfyldelse, mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje, mindre risiko for indlæggelser og/eller kortere varighed af hjemmeplejeinterventioner. På baggrund af de gennemgåede studier anbefales det, at rehabilitering i eget hjem, der er målrettet borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp, inkluderer målsætning, som foregår i et samarbejde mellem borger og fagperson. Målsætning omfatter: • Systematisk identifikation af borger-oplevede problemområder

	• Forhandling af målsætning over flere seancer • Etablering af kortsigtede og langsigtede mål • Inddragelse af pårørende • Tværfaglig kommunikation vedrørende borgers mål • Udarbejdelse af en individualiseret handleplan • Løbende justering af mål og handleplan
Målgruppe	Sygeplejersker, social og sundhedsassistenter og – hjælpere, ergo- og fysioterapeuter samt andet personale, der har ansvar for planlægning og udførelse af rehabilitering af borgere i hjemmet med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.
Baggrund	**Hverdagsrehabilitering, en ny indsats - eller rehabilitering til en særlig målgruppe?** En svensk model for *hemrehabilitering* (1) og *Fredericiamodellen* med efterfølgende økonomisk evaluering (2,3) har inspireret mange danske kommuner til at introducere *hverdagsrehabilitering* som en ny indsats. *Hemrehabilitering* defineres i den svenske model defineret som "en indsats, der udøves i brugerens hjem og nærmiljø med det formål at udvikle, genvinde, bevare funktionsevne eller udskyde funktionsevnetab …og som er organiseret i en tværfaglig koordineret indsats, der omfatter såvel hjemmepleje, hjemmehjælp og hjemmerehabilitering" (1;p.9,12) *Hverdagsrehabilitering* er betegnelsen for en indsats, der er målrettet borgere med nedsat funktionsevne og et deraf følgende behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen. Indsatsen foregår i borgerens hjem eller nærmiljø. Formålet er at hjælpe borgeren til bedst mulig funktionsevne og autonomi samt udskyde behovet for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen (2; p.5-6) I Danmark modtager 15 % af borgere +65 år hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp (4) og er potentielle modtagere af *hverdagsrehabilitering*. Evalueringer fra danske kommuner tyder på, at *hverdagsrehabilitering* kan øge hjemmeboende ældres selvstændighed i hverdagen (5-11), og at også borgere i plejeboliger kan have gavn heraf (12). **Problemstilling** Der eksisterer endnu ingen national konsensus om definition,

indhold eller organisering af *hverdagsrehabilitering.* Danske hverdagsrehabiliteringsprojekter er vidt forskellige, og sjældent designet som kontrollerede studier. Det er derfor vanskeligt at generere viden om, hvordan indsatsen bedst organiseres og hvilke elementer, der har en gunstig effekt på borgernes funktionsevne og autonomi. Der mangler evidens i forhold til alle aspekter af hverdagsrehabiliteringen.

For arbejdsgruppen har det været en udfordring at udarbejde en klinisk retningslinje for *hverdagsrehabilitering*, da det som nævnt endnu ikke er en veldefineret indsats på tværs af de danske kommuner. Arbejdsgruppen har derfor truffet et valg om at definere opgaven som *"rehabilitering* i hjemmet af borgere +65 år med nedsat funktionsevne og et deraf følgende behov for personlig pleje eller praktisk hjælp".

Begrebet *rehabilitering* handler om at *"borgeren kan øge eller genvinde kontrollen og rådigheden over eget liv*" og defineres i Hvidbogen som: *"En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats"* (13;p.11).

Ved at anvende begrebet *rehabilitering*, fremfor *hverdagsrehabilitering*, har det været arbejdsgruppens hensigt at fastholde en helhedsorienteret, målrettet, tidsafgrænset og koordineret indsats, som det er defineret af arbejdsgruppen af fagfolk og brugerrepræsentanter, som står bag Hvidbog om rehabilitering.
Målgruppen for rehabilitering, er i denne retningslinje, afgrænset til hjemmeboende modtagere af hjemmepleje.

I det følgende indkredses centrale elementer i denne kliniske retningslinje og valg af klinisk fokus begrundes.

Støtte til at bevare en selvstændig livsførelse
Samfundet har flere incitamenter i forhold til at støtte borgerne i at klare sig længst muligt i eget hjem. Kommunerne har samtidig pligt til at tilbyde træning, pleje og praktisk hjælp.
Den sociale indsats skal, ifølge Serviceloven §1 stk 2 fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten (14).
Den sundhedsfremmende indsats skal, ifølge Sundhedsloven §1, fremme sundhed, forebygge og behandle sygdom, lidelse og

	funktionsbegrænsninger for den enkelte (15). Med en øget ældrebefolkning frem mod år 2050 (16) er det imidlertid en udfordring at tilvejebringe en indsats, der bevarer det aktuelle serviceniveau indenfor de økonomiske rammer. Fra et samfundsmæssigt perspektiv kan rehabilitering anskues som en innovativ vej til ressourcebesparelser og effektivisering: Når flere borgere kan bevare en selvstændig dagligdag, mindskes behovet for hjælp. **Rehabilitering som indsats** Fra at tilbyde hjemmehjælp og pleje som varige kompenserende indsatser ses derfor et øget fokus på udviklende indsatser, der i højere grad sætter borgeren i stand til igen at klare dagligdagen. En DSI rapport (17) beskriver, at det, som adskiller *hverdagsrehabilitering* fra *klassisk hjemmepleje*, er den rehabiliterende tilgang. I klassisk hjemmepleje arbejdes der efter hjælp til selvhjælpsprincipper, der kan have som mål, at borgeren er aktiv under plejen, men ikke nødvendigvis har effekt på borgernes selvhjulpenhed (18). I den rehabiliterende tilgang sættes fokus på borgerens potentielle udviklingsmuligheder, som understøttes ved hjælp af en fælles målsætning og en tværfagligt koordineret handleplan. I udlandet ses et tilsvarende paradigmeskifte. I en systematisk oversigtsartikel konkluderes, at en rehabiliterende tilgang er signifikant bedre til at bevare ældres uafhængighed og deltagelse end traditionel pleje, der udelukkende fokuserer på omsorg og støtte (19). **Ønsket om autonomi** Ønsket om at bevare størst mulig frihed og autonomi i hverdagen er universelt. Interviews med danske 85 og 90 årige viser, at ældre ønsker at bevare en daglig rytme i hverdagen med dens opgaver, rutiner, kontakter og så vidt muligt fastholde en autonomi; at klare så meget som muligt selv og styre eget liv (20). Fra et borgerperspektiv kan det opleves som en forringelse af velfærden, hvis indsatsen, som det ses i nogle projekter, iværksættes over for borgerne, uden hensyn til individuelle ønsker, som en forudsætning for bevilling af hjælp. Ifølge hvidbogen om rehabilitering, er det dog væsentligt, at en rehabiliteringsindsats tilrettelægges i samråd med borgeren, og i overensstemmelse med dennes individuelle behov og ønsker, hvis det skal fremme borgerens mestringsevne, motivation og sidste ende deltagelse.(21; p27-29)

Betydning af målsætning i indsatsen
Målsætning anses traditionelt for at være et centralt element i rehabilitering (11,22). Der findes imidlertid mange forskellige måder at arbejde med målsætning på, og der er endnu ingen entydig evidens af effekt, på tværs af rehabiliteringsfeltet (23,24).

Antagelsen er, at målsætning, der foregår som et samarbejde mellem borger og fagpersoner, blandt andet faciliterer *self-efficacy,* det vil sige menneskets tillid til egen evne til at udøve kontrol med begivenheder, der påvirker livssituationen og dermed kunne sætte sig mål og gennemføre det man ønsker (25) samt mestringsevne (21).

Målsætning tydeliggør forventninger, definerer konkrete handlinger, motiverer og fastholder opmærksomheden, gør det muligt at koordinere og evaluere en tværfaglig indsats og kan dermed være udslagsgivende for rehabiliteringsresultatet (26,27).

Individualisering versus standardydelser
Når mange danske hverdagsrehabiliteringsprojekter ikke inddrager borgeren i en målsætningsproces, er begrundelsen ofte, at dette vil medføre en overskridelse af det kommunale serviceniveau, og dermed kræve øgede ressourcer.

To danske rapporter peger imidlertid på, at borgernes målsætning ikke medfører et øget og ukontrollabelt ressourceforbrug, men i høj grad er sammenfaldende med en kommunal lovpligtig indsats og tværtimod er medvirkende til at målrette samarbejdet og forkorte rehabiliteringsforløbet (6,28).

Borgerperspektiv
Viden om, hvordan borgerne oplever *hverdagsrehabilitering* og målsætning er endnu sporadisk. En svensk rapport beskriver, at borgere, der har været tilbudt *hemrehabilitering,* oplever et bedret selvvurderet helbred, og at pårørende giver udtryk for øget tryghed (29).

Engelske interviews med 34 modtagere af *reablement services* (genoprettende indsats) peger på, at forventningsafstemning og dermed samtale om mål for en udviklende indsats er vigtig. En målorienteret indsats kan dog være undergravende for selvtilliden, hvis målene er for urealistiske og ikke løbende justeres til borgerens tilstand (30).

Det er derfor relevant at undersøge, hvorvidt der findes

	tilstrækkelig evidens for systematisk målsætning i en rehabiliteringsindsats i eget hjem, herunder plejebolig af borgere + 65 år, med nedsat funktionsevne. **Definition af anvendte begreber og termer** **Rehabilitering.** Rehabilitering, der tilbydes borgere med funktionsevnenedsættelse og deraf følgende behov for personlig eller praktisk hjælp. Indsatsen foregår i eget hjem eller nærmiljø, ydes af forskellige sundhedsaktører og er rettet mod at bibringe eller bevare størst mulig autonomi i hverdagen. Arbejdsgruppens operationelle definition er inspireret af et samarbejde med Socialstyrelsen om et igangværende, endnu ikke publiceret begrebsarbejde omkring hverdagsrehabilitering. På engelsk ses begreber som *restorative homecare*, *re-ablement* eller *enablement care* anvendt om tilsvarende indsatser. **Funktionsevne.** WHO´s internationale klassifikation af funktionsevne og - nedsættelse samt helbredstilstand (ICF) anvendes som reference. Begrebet omfatter både fysisk -og mental kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. En persons funktionsevne er bestemt af samspillet mellem helbredstilstand og kontekstuelle faktorer (31). **Systematisk målsætning.** Konsekvent brug af et gennemprøvet redskab eller metode som kan hjælpe borger og fagperson til, i et samarbejde, at sætte individuelle mål for indsatsen. I målsætning indgår målidentifikation, målforhandling, planlægning og evaluering. **Borger.** Borgere +65 år med funktionsevnenedsættelse og behov for praktisk hjælp og/eller pleje, der modtager rehabilitering hjemme. Omfatter ikke rehabilitering på genoptræningsafdelinger, hospitaler eller andre midlertidige opholdssteder.
Formål	Formålet er at undersøge, om der eksisterer tilstrækkelig evidens for effekten af systematisk målsætning til at dette kan anbefales i *hverdagsrehabilitering*.
Metode	I litteratursøgningen anvendes følgende fokuserede spørgsmål: ***Hvad er effekten af systematisk målsætning i rehabilitering af borgere +65 år i eget hjem, der modtager hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp, målt i ændringer i livskvalitet, funktionsevne, afhængighed, interventionstid og/eller hospitalsindlæggelser, sammenlignet med vanlig praksis i rehabilitering af denne målgruppe?***

Herunder søges belyst hvilke elementer, der ses indeholdt målsætningsprocesser: Hvilke redskaber, der anvendes og hvorvidt der er særlige målgrupper, der har gavn af indsatsen.

Litteratursøgnings strategi
Litteratur er søgt i perioden 8.11.12 – 28.12.12 i følgende databaser:
AMED, CINAHL, Cochrane, EMbase, Pedro, PubMed, PsychInfo, Scopus, SveMed, OT seeker
Forskningsbibliotekar har vejledt i valg af databaser, opsætning af søgestrategi samt brug af MeshTermer.

Da det var usikkert, hvorvidt der eksisterede studier af interventioner svarende til den danske *hverdagsrehabilitering*, blev der opstillet en bred søgestrategi:

Søgeord:
#1 Population: Ældre +65 år
Aged (MeSH) OR elderly OR Frail* OR Older Adults OR Older Men OR Older Women OR senior citizens
AND
#2 Kontekst: Hjem/plejebolig
Housing for the elderly (MeSH) OR Homes for the aged (MeSH) OR Residential Facilities (MeSH) OR Independent Living(MeSH) OR Home residence OR residential home OR nursing home OR Home OR Home based OR Home setting OR community dwelling
AND
#3 Generel intervention: Hverdagsrehabilitering
Community Health Services (MeSH) OR Community Health Nursing (MeSH) OR Home Care Agencies (MeSH) OR home care OR restorative care OR restorative home care OR re-ablement OR Re-ablement care OR enablement Care OR home based rehabilitation OR rehabilitation
AND
#4 Specifik intervention: Målsætning
Consumer Participation (MeSH) OR Patients Participation (MeSH) OR Goals (MeSH) OR Goal attainment OR Goal assessment OR Goal planning OR Client Centred Goal OR Goal Evaluation OR goal Achievement OR goal collaboration OR Goal directed OR Goal Management OR "Canadian Occupational Performance Measure" OR "Goal Attainment Scale"

Afgrænsning: Der er søgt på artikler efter 01.01.2000.
For præcis søgestrategi på de enkelte databaser, se bilag 1.

Udvælgelse af litteratur
I den systematiske søgning er relevansen af litteratur først vurderet på baggrund af læsning af titel og abstracts. I alt er der screenet 3631 artikler af to personer, uafhængigt af hinanden, ud fra flg. inklusionskriterier:

- Rehabiliteringsindsats, monofaglig eller tværfaglig i hjemmet/nærmiljøet rettet mod borgers aktivitet og deltagelse (uanset diagnose)
- Hjemmeboende borger +65 år med behov for personlig

	pleje og/eller praktisk hjælp • Der anvendes systematisk en målsætningsproces i samarbejde med borgeren • Der indgår en evaluering af indsatsens effekt. Eksklusionskriterier: • Indsatser, der ikke forgår i hjemmet/nærmiljøet • Indsatser, der udelukkende er rettet mod kropsfunktion/anatomi • Indsatser, der er rettet mod borgere uden behov for hjælp til personlig pleje eller praktisk hjælp • Målsætningsprocesser, der ikke foregår i samarbejde med borger. Ved uoverensstemmelse er artiklen medtaget til nærlæsning, og diskuteret i arbejdsgruppen indtil konsensus blev opnået. Der er fundet 75 relevante artikler, når der er filtreret for dubletter. Disse er læst i fuld tekst af to personer uafhængigt af hinanden og herefter indstillet til kritisk læsning. Ved uenighed har en tredje person gennemlæst artiklen. I alt er 12 artikler læst med henblik på kritisk vurdering af studiets kvalitet. Heraf er to artikler udgået pga. lav kvalitet i design (før/efterstudie), en artikel pga. et spinkelt design (pilotstudie med i alt 40 deltagere), en artikel er udgået efter nærlæsning pga. manglende aktiv borgerinvolvering i målsætningen. Alle artikler er læst af minimum to personer. De resterende otte artikler indgår i litteraturgennemgangen for den kliniske retningslinje. Alle artikler er vurderet ved hjælp af tjeklister fra Center for Kliniske Retningslinjer (32) af minimum to personer. Inklusion/eksklusion, eventuel tvivl og uenigheder, samt anbefalinger udledt på baggrund af litteraturen, er drøftet på møder i arbejdsgruppen indtil opnåelse af konsensus. For detaljeret udvælgelse, se bilag 2.
Litteratur gennemgang	**Tinetti et al. 2002** (33) Hjemmeboende borgere tilbydes *restorative care,* genoprettende omsorg (34). Interventionen består af målsætning, der struktureres ved hjælp af en *Self Care Progress Report* - en egenomsorgs fremskridts rapport (Bilag 3) og en tværfaglig koordineret indsats, der omfatter geriatrisk medicinsk tilgang, sygepleje og rehabilitering. Kontrolgruppen modtager traditionel pleje og hjælp. Studiet er kontrolleret, prospektivt matchet, og inkluderer i alt 691 hjemmeboende borgere med en gennemsnitsalder på 78 år.

	Studiet viser signifikant effekt efter endt intervention målt på forbliven i eget hjem (71 % vs 82 %,OR 1,99,95 %CI;1,47-2,69),mindsket risiko for akut hospitalsindlæggelse (10 % vs 20 %,OR 0,44, 95 % CI;0,32 -0,61) samt reduktion i længde af hjemmeplejeperioden for interventionsgruppen (24,8 dage vs 34,3 dage, S -17821,P<0,001) . **IIb** **Peri et al. 2008** (35) Skrøbelige beboere i plejebolig tilbydes en individuel målsamtale, fordelt over to besøg, samt et funktionelt aktivitetsprogram ved hjælper. Første målsamtale tager udgangspunkt i beboerens ønsker og i det, denne finder meningsfuldt. Anden samtale sikrer at beboerens mål fremmer den fysiske funktionsevne. Fra mål udvikles en plan for aktivitet, der udføres med hjælper. Kontrolgruppen modtager vanlig pleje. Studiet er cluster-randomiseret og inkluderer 149 beboere med en gennemsnitsalder på 86 år fra 5 plejehjem. Studiet viser en kortvarig (3 mdr.), men ikke langvarig effekt (6 mdr.) målt på den fysiske komponent i den helbredsbetingede livskvalitet, målt v. SF 36.(Gns 39,3 vs 41,4, P=0,022) **Ib** **Kerse et al. 2008** (36) Skrøbelige beboere i plejebolig tilbydes en intervention bestående af en struktureret målsætningssamtale, fordelt over to besøg samt et aktivitetsprogram. Mål sættes i en gensidig forhandling mellem beboer og gerontologisk sygeplejerske over to møder, og skal være relevante og meningsfulde for beboeren og fremme den fysiske aktivitet. Kontrolgruppen modtager traditionel hjælp og to sociale besøg. Studiet, som er cluster-randomiseret, inkluderer i alt 682 beboere med en gennemsnitsalder på 84 år fra 40 plejehjem. Studiet viser ingen effekt over 12 måneder ud over en minimal effekt på selvrapporteret funktion for de borgere, der ikke har kognitive funktionsevne nedsættelser (0,3vs -0,2 P=0,024 på Late Life and disability instrument). **Ib** **Fairhall et al. 2012** (37) Skrøbelige hjemmeboende ældre tilbydes målsætningssamtale med Goal Attainment Scale (Bilag 4) og en mobilitetsorienteret, fortrinsvis fysioterapeutisk, træning kombineret med tværfaglig indsats ad hoc efter udskrivelse. Mål identificeres af borger og fysioterapeut under to besøg og revideres løbende. Kontrolgruppen modtager sædvanlig hjælp fra praktiserende

	læge og hjemmepleje. Studiet er kontrolleret, randomiseret og inkluderer i alt 241 borgere med en gennemsnitsalder på 83 år. Studiet viser effekt over 12 mdr. i form af bedret målopfyldelse,(GAS; OR 2,1.95% CI; 1,3.3,3 P= 0,004). Øget selvrapporteret aktivitet, (Life Space Assessment 4,68 points. 95 % CI; 1,4-9,9 P>0,0001) oplevet aktionsradius v. udendørs mobilitet og øget ganghastighed (0.05 m/s hurtigere, 95% CI; 0.0004 - 0.1, P = 0.048). **Ib** **King et al. 2012** (38) Hjemmeboende borgere tilbydes *restorative home care.* Målsætning sker ved hjælp af *TARGET* Towards Achiving Realistic Goals in Elders Tool (Bilag 5). Der etableres kort og langsigtede personlige mål, som inkluderer social integration, der er udgangspunkt for en individualiseret handleplan. Målsætning efterfølges af en udviklende indsats fra hjemmepleje og der gradueres løbende. Kontrolgruppen modtager traditionel hjemmepleje. Studiet er cluster-randomiseret og inkluderer i alt 186 borgere med en gennemsnitsalder på 79 år. Studiet viser effekt over syv mdr. på helbredsrelateret livskvalitet, målt med SF 36, især den mentale score (+4,2, 95 % CI:0,0 -8,4, P=0,005) og et reduceret timeforbrug i hjemmeplejen i forhold til kontrolgruppen (29% vs 0 %. P=0,001). **Ib** **Parsons et al. 2012** (39) Hjemmeboende borgere tilbydes *restorative homecare*: Målsætning sker ved hjælp af *TARGET (*Bilag 5). Kortsigtede og langsigtede mål identificeres og er afsæt for en individualiseret handleplan. Målsætning efterfølges af en udviklende indsats fra hjemmeplejen, der løbende justeres. Kontrolgruppen modtager traditionel hjemmepleje. Studiet er cluster-randomiseret og inkluderer i alt 201 borgere med en gennemsnitsalder på 79 år. Studiet viser effekt på over 6 mdr. på helbredsrelateret livskvalitet, målt med SF 36 (Gns score 61,92 vs 55,45. P< 0,0001) **Ib** **Tinetti et al. 2012** (40) Hjemmeboende borgere tilbydes *restorative care* (34) efter hospitalsophold: Målsætning struktureres via en *Self Care Progress Report* (Bilag 3). Koordinator, familie og borger gennemgår ADL-opgaver og

	prioriterer mål. Målsætningen er afsæt for en tværfaglig geriatrisk, rehabiliterende indsats.Kontrolgruppen tilbydes hjemmepleje som vanligt. Studiet er kontrolleret med matchede par og inkluderer i alt 770 borgere. Studiet viser en marginal signifikant effekt over 60 dage i form af 32 % mindre sandsynlighed for genindlæggelse (13,2 % vs 17,6 %, OR 0,68, 95 % CI; 0,43-1,08), og en signifikant kortere hjemmeplejeinterventionsperiode (20,3 vs 29,1dage. P< 0,001). **Ib** **Lewin et al. 2013** (41) Hjemmeboende borgere tilbydes et *restorative Home-Care programme* (42): Målorienterede handleplaner udarbejdes i samarbejde med borger via et målsætningsinterview og evalueres løbende. Målsætningen er afsæt for en kortvarig (12 uger) tværfaglig indsats bestående af ADL-træning, styrke og udholdenhedstræning, kronikerprogram, faldforebyggelse samt intervention i forhold til medicin, kontinens og ernæring. Kontrolgruppen tilbydes hjemmepleje som vanligt. Studiet er et kontrolleret randomiseret og inkluderer i alt 750 borgere med en gennemsnitsalder på 81/82 år. Studiet viser effekt over 12 måneder i form af signifikant mindre behov for hjælp til personlig pleje og et reduceret ydelsesniveau (OR = 0.22, 95 % CI = 0.15–0.32, P < 0.001) **Ib** Oversigt over inkluderede studier, se evidenstabel i bilag 6. Oversigt over de inkluderede studiers population, effektmål og målsætning, se bilag 7, 8 & 9. **Konklusion** Grundlæggende er det en udfordring at udlede evidens af enkelt-komponenter i multifaktorielle interventioner. Effekten af systematisk målsætning må derfor ses i sammenhæng med den efterfølgende intervention. I dette tilfælde i sammenhæng med en udviklingsorienteret, oftest tværfaglig intervention, der er forankret omkring hjælpen i de daglige aktiviteter. På baggrund af studierne kan det konkluderes, at der ved systematisk målsætning, baseret på et samarbejde mellem borger og fagperson, i rehabilitering i hjemmet af ældre borgere, der modtager hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp ses effekt på: • Øget helbredsbetinget livskvalitet (35,38,39) • Øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem (33) • Bedret målopfyldelse (37)

	• Mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje (41) • Formindsket risiko for akut indlæggelse (33) • Formindsket risiko for genindlæggelser (39) • Kortere hjemmeplejeintervention (33,40) • Reduceret timeforbrug til pleje og praktisk hjælp (38) Effekt ses i særlig grad på borgeroplevet livskvalitet og på reducerede sundhedsydelser. Følgende elementer indgår i en systematisk målsætningsproces: • En struktureret identifikation af borgeroplevede problemfelter (33,35-40,41) • Mål kan forhandles over flere seancer (35,37), indeholde kortsigtede og langsigtede mål (38,39) og kan inddrage pårørende (35) • Tværfaglig kommunikation vedrørende borgers mål (33, 35-40) • Der udarbejdes en individualiseret handleplan ud fra fælles aftalte mål (33, 35-41) • Mål og handleplan justeres løbende efter behov (33,35,37-41) Studierne har inkluderet borgere, der: • Modtager rehabilitering i eget hjem/ plejebolig • Er + 65 år, i gennemsnit mellem 77 – 87 år • Har let nedsat funktionsevne • Har ingen, eller kun relativt diskrete kognitive funktionsevnetab • Er i stand til at indgå i en samtale. Der ses en tendens til, at et begrænset antal af screenede borgere inkluderes i studierne. Borgere med svær demens samt fuldt plejekrævende borgere ekskluderes. Målsætning er formentlig ikke anvendelig til alle borgere. Der er anvendt forskellige metoder til at facilitere en systematisk målsætning fx *GAS, TARGET, Self Care Progress Report*. Det er ud fra det læste materiale ikke muligt at anbefale specifikke metoder.
Anbefalinger	På baggrund af den systematiske litteratursøgning og vurdering anbefales det at: **Rehabilitering i eget hjem, målrettet borgere +65, med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp bør inkludere systematisk målsætning, som foregår i et samarbejde mellem borger og fagpersoner.** (35,37-39,41) **Ib.** Anbefalingsstyrke: **A** Kildernes evidensniveau og anbefalingsstyrken følger Center for

	kliniske retningslinjers oversigt over evidensniveauer (32). Målsætning anbefales at rumme følgende elementer: **En systematisk identifikation af borgeroplevede problemområder** (35, 37-39,41) **Ib.** Anbefalingsstyrke: **A** **Forhandling af målsætning over flere seancer** (35,37) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** **Indeholde kortsigtede og langsigtede mål** (38,39) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** **Inddrage pårørende** (35) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** **Tværfaglig kommunikation omkring borgers mål** (35,37-39) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** **Udarbejdelse af en individualiseret handleplan ud fra fælles aftalte mål** (35,37-39,41) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** **En løbende justering af mål og handleplan efter behov** (35,37-39,41) **Ib**. Anbefalingsstyrke: **A** Anbefalingerne gælder for borgere med let til moderate funktionsevnetab, som har behov for hjælp til en eller flere daglige aktiviteter.
Monitorering	Det foreslås, at der i forbindelse med rehabiliteringsforløb, som tilbydes borgere +65 år hjemme monitoreres, hvorvidt der anvendes en struktureret målsætningsproces i samarbejde med borger og fagperson. Monitorering kan eksempelvis forgå via en auditering i elektroniske journaler af borgers mål og udfyldte handleplaner. Der er udarbejdet en generisk instruks til denne retningslinje, som efterfølgende kan tilpasses lokale forhold.
Referenceliste	1. Månsson M. Hemrehabilitering- vad, hur och för vem? Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg 2007. 2. Kjellberg PK, Ibsen R., Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. Publikation Dansk Sundheds Institut. September 2011 3. Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af længst mulig i eget liv. Publikation fra

Dansk Sundhedsinstitut 2010
4. KL Kommunebenchmark. Download d. 9.02.13 http://kl.dk/ImageVault/Images/id_56944/scope_0/ImageVaultHandler.aspx.
5. Rudersdal Kommune. Træning i hverdagslivet. Evaluering 2011. Lokaliseret d. 10.11.2012 på http://www.rudersdal.dk/Borgerservice_selvbetjening/Aeldre/Pleje/Hjemmehjaelp/Aktiv_hver_dag/Slutevaluering%202011.aspx
6. Tonnesen M, Sørensen J, Henriksen K: Grib hverdagen. Slutevaluering Hverdagsrehabilitering. Sundhed og Omsorg. Aarhus Kommune 2012
7. Esbjerg Kommune, Sundhed og Omsorg: Gør borgeren til mester – en Esbjerg model. 2012. Lokaliseret d. 13.03.2013 på http://www.dinsundhed.esbjergkommune.dk/Om%20sundhed%20i%20Esbjerg%20Kommune/Projekter/G%C3%B8r%20borgeren%20til%20mester.aspx
8. Kjellberg J, Ibsen R: Træning som hjælp – økonomievaluering. (Odense Kommune) Notat 3378. Dansk Sundhedsinstitut 2012
9. Lyngby Taarbæk Kommune: Aktivitet/træning i hverdagen. Set på hjemmeside d. 13.03 2013 http://www.ltk.dk/composite%288689%29.htm
10. Faaborg Midtfyn Kommune. Slutevaluering 2010. Download d. 14.03.13 fra http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/NETVAERK/Andre_netvaerk/Hverdagsrehabilitering/faaborg_slutevaluering.pdf
11. Kerteminde Kommune. Projektbeskrivelse Rehabilitering i Kerteminde Kommune 2007. Download 14.03.13 på http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/Projektbeskrivelse_rehabilitering_Kerteminde.pdf
12. Berthelsen LL. Hverdagsrehabilitering – det sunde og aktive ældreliv- på plejecentrene i Varde kommune. 1. Februar 2011-31.januar 2011. Varde kommune. 2012
13. Wind T. Målsætning og tidsafgrænsning. I Hjortbak BH, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H: Udfordringer til rehabilitering I Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark 2011
14. Social- og Integrationsministeriet. LBK nr 810 af 19/07/2012 (Serviceloven). Set på www.retsinformation 23.08.2012
15. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. LBK nr 913 af 13/07/2010 (Sundhedsloven). Set på www.retsinformation 23.08.2012
16. Danmarks statistik. Befolkningsfremskrivning. Hovedtal. lokaliseret d. 3.09.2012 http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning.aspx?tab=nog
17. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. Publikation fra Dansk Sundhedsinstitut. 2011
18. Hansen E.B., Eskelinen L., Dahl, H.M. 2011: Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen. Hvordan er praksis, og er der en virkning? AKF, Anvendt KommunalForskning 2011.
19. Ryburn B, Wells Y, Foreman P. Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. Health and Social Care in the Community 2009; 17(3), 225-234
20. Johannesen A. Svækket – men stærk. Hverdagsliv for 85 årige og 90-årige som mestrer fysisk svækkelse. Gerontologisk institut. Skriftserien nr 10. 2006
21. Marselisborgcentret (2004) Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet; Marselisborgcentret & Rehabiliteringsforum Danmark, Århus 2004
22. Wade D. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Editorial. Clin Rehab 2009; 23:291-295
23. Levack WMM, Taylor K, Siegert R, Dean S. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Clin Rehab 2006; 20:739-755
24. Levack WMM, Sigert RJ, Dean SG, McPherson K, Hay-Smith EJC, Weatherall MM. Goal setting and activities to enhance goal pursuit for adults with acquired disabilities

participating in rehabilitation (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4 Art. NO: CD009727.DOI:10.1002/14651858.CD009727.
25. Bandura A. Self-Efficacy.The Exercise of Control. Worth Publishers 1997
26. Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabiltation goals. Clin Rehab 2009; 23: 321-333.
27. Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. Clin Rehab 2011; 25: 468-482
28. Sloth-Egholm A: Giver borgerens bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effektivitet i hjemmeplejen? Master i offentlig ledelse. Aarhus universitet, Institut for Statskundskab 2011
29. Gustafson U, Gunnarsson B, Sjôstrand ÅB, Grahn B. Hemrehabilitering fôr åldre I olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförandring, organisationsförutsâttninger, resursfôrbrukning och statliga stimulansmedels betydelse fôr utvecklingn. Landstinget Kronoberg. Socialstyrelsen. FOU-Rapport 2010:11
30. Wilde A, Glendinning C. "If they´re helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. Health and Social Care in the Community (2012)
31. Sundhedsstyrelsen. International Klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Red: Schiøler G, Dahl T. Munksgaard Danmark. 2003
32. Center for Kliniske Retningslinjer. Tjeklister til kritisk litteraturlæsning lokaliseret d. 07.02 på http://www.kliniskeretningslinjer.dk/vil-du-selv-udvikle-retningslinje/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx
33. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. JAMA. 2002 Apr 24;287(16):2098-105.
34. Baker et al. The design and implementation of a Restorative Care model for Home Care. The Gerontologist apr 2001; 41,2; 257-263
35. K. Peri, N. Kerse, E. Robinson, M. Parsons, J. Parsons and N. Latham : Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS) Age and Ageing 2008; 37: 57-63
36. Kerse N, Peri K, Robinson E, Wilkinson T, von Randow M, Kiata L, Parsons J, Latham N, Parsons M, Willingale J, Brown P, Arroll B. Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. BMJ. 2008 Oct 9;337:a1445.
37. Fairhall N., Sherrington C., Kurrle S.E., Lord S.R., Lockwood K., Cameron I.D. Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: randomised controlled trial. BMC Medicine 2012; 10:120
38. King A, Parsons M, Robinson E, Jörgensen D: Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. Health and Social Care in the Community, 2012; 20(4): 365-374
39. Parsons J, Rouse P, Robinson EM, Sheridan N, Connolly M. Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? Age and Ageing 2012; 41: 24-29
40. Tinetti ME, Charpentier P, Gottschalk M, Baker DI. Effect of a restorative model of posthospital home care on hospital readmissions.J Am Geriatr Soc. 2012 Aug;60(8):1521-6.
41. Lewin G, Miguel KDS, Knuiman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D, Vandermeylen S. A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults.Health and Social Care in the

	Community 2013; 21(1), 69-78 42. Lewin G, Vandermeulen S. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health and Social Care in Community. 2010;18(1), 91-99
Bilag	Bilag 1 Søgestrategi i databaser Bilag 2 Udvælgelse af studier Bilag 3 Self Care Progress Report Bilag 4 Goal Attainment Scale Bilag 5 TARGET Towards Achiving Realistic Goals in Elders Tool Bilag 6 Evidenstabel over inkluderede studier Bilag 7 Inkluderede studiers population Bilag 8 Inkluderede studiers effektmål Bilag 9 Inkluderede studiers målsætning. Udfyldte tjeklister. Bilag 10 Evidensbaseret instruks
Redaktionel uafhængighed	Den kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejdsprojekt mellem KL og Sundhedskartellet af en tværfaglig arbejdsgruppe. Der er afsat projektmidler til arbejdet fra OK 11. Der er i processen samarbejdet og hentet inspiration fra en projektgruppe under Socialstyrelsen, der udarbejder en håndbog i rehabilitering. Organisationernes synspunkter eller specifikke faginteresser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger
Interessekonflikt	Forfattergruppen repræsenterer forskellige sundhedsprofessioner. Ingen af forfattergruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede kliniske retningslinje

BILAG 1 Søgestrategi i Databaser

Database	Søgestrategi
PUB MED **08.11.2012**	**#1:** Aged (MeSH) OR elderly OR Frail* OR Older Adults OR Older Men OR Older Women OR senior citizens **AND** **#2**: Housing for the elderly (MeSH) OR Homes for the aged (MeSH) OR Residential Facilities (MeSH) OR Independent Living(MeSH) OR Home residence OR residential home OR nursing home OR Home OR Home based OR Home setting OR community dwelling **AND** **#3**: Community Health Services (MeSH) OR Community Health Nursing (MeSH) OR Home Care Agencies (MeSH) OR home care OR restorative care OR restorative home care OR re-ablement OR Re-ablement care OR enablement Care OR home based rehabilitation OR rehabilitation **AND** **#4**: Consumer Participation (MeSH) OR Patients Participation (MeSH) OR Goals (MeSH) OR Goal attainment OR Goal assessment OR Goal planning OR Client Centred Goal OR Goal Evaluation OR goal Achievement OR goal collaboration OR Goal directed OR Goal Management OR "Canadian Occupational Performance Measure" OR "Goal Attainment Scale" **Filter:** Publikationer efter 01.01.2000
CINAHL **d. 24.11.2012**	**#1**: MH "Aged" OR MH "Frail elderly" OR elderly OR Older Adults OR Older Men OR Older Women OR senior citizens **AND** **#2**: MH "Housing for the elderly" OR Homes for the aged OR MH "Residential Facilities" OR Independent Living OR MH " Nursing Home Patients" OR Home residence OR residential home OR MH "nursing home" OR Home OR Home based OR Home setting OR community dwelling **AND** **#3**: MH "Community Health Services" OR MH "Community Health Nursing" OR MH "Home Care Agencies" OR Home care agencies OR MH " Home health Care" OR home care OR restorative care OR restorative home care OR re-ablement OR Re-ablement care OR enablement Care OR MH "home rehabilitation" OR MH rehabilitation, community-based" OR rehabilitation **AND** **#4**: MH "Consumer Participation" OR Patients Participation OR MH " Goal setting" OR Goals OR MH "Goal attainment" OR Goal assessment OR Goal planning OR Client Centred Goal OR Goal Evaluation OR goal Achievement OR goal collaboration OR Goal directed OR Goal Management OR "Canadian Occupational Performance Measure" OR "Goal Attainment Scale"
AMED **d.27.11.2012**	**S1:** Aged OR elderly OR Frail OR Adults OR older men OR older women OR senior Citizens **AND** **S2**: Housing for elderly OR homes for te aged OR residential facilities OR independent living OR home residence OR residential home OR Home based OR Home setting OR community dwelling **AND** **S3**: Community Health Services OR Community Health Nursing OR Home Care Agencies OR home care OR restorative care OR restorative home care OR re-ablement OR Re-ablement care OR enablement Care OR home based rehabilitation OR rehabilitation **AND** **S4**: Consumer Participation (MeSH) OR Patients Participation (MeSH) OR Goals (MeSH) OR Goal attainment OR Goal assessment OR Goal planning OR Client Centred Goal OR Goal Evaluation OR goal Achievement OR goal collaboration OR Goal directed OR Goal Management OR "Canadian Occupational Performance Measure" OR "Goal Attainment Scale"
Cochrane	#1Aged or elderly or Frail* or Older Adults or Older Men or Older Women or senior citizens #2MeSH descriptor: [Housing for the Elderly] explode all trees

27.11.2012	#3MeSH descriptor: [Homes for the Aged] explode all trees #4Housing for elderly or home for the Aged or residential facilities or independent living or home residence or residential home or nursing home or home or "Home based" or "home setting" or community dwelling #5MeSH descriptor: [Health Services for the Aged] explode all trees #6Health services for the Aged or community health nursing or home care agencies or home care or restorative care or reablement or re-ablement or re-ablement care or enablement care or home based rehabilitation or rehabilitation #7Consumer participation or patient participation or goals or Goal attainment or Goal assessment or Goal planning or Client Centred Goal or Goal Evaluation or goal Achievement or goal collaboration or Goal directed or Goal Management or "Canadian Occupational Performance Measure" or "Goal Attainment Scale" #8#1 and #4 and #6 and #7 from 2000 to 2012, in Cochrane Reviews (Reviews only), Other Reviews and Trial
Svemed **3012**	Goal* AND "Aged" (Mesh) **Filter:** Peer reviewed. Publ. Year: 2000-2012.
PsychInfo **09.12.2012**	**#1:** Aged OR elderly OR Frail OR Adults OR older men OR older women OR senior Citizens **AND** **#2**: Housing for elderly OR homes for te aged OR residential facilities OR independent living OR home residence OR residential home OR Home based OR Home setting OR community dwelling **AND** **#3**: Community Health Services OR Community Health Nursing OR Home Care Agencies OR home care OR restorative care OR restorative home care OR re-ablement OR Re-ablement care OR enablement Care OR home based rehabilitation OR rehabilitation **AND** **#4**: Consumer Participation OR Patients Participation OR Goals OR Goal attainment OR Goal assessment OR Goal planning OR Client Centred Goal OR Goal Evaluation OR goal Achievement OR goal collaboration OR Goal directed OR Goal Management OR "Canadian Occupational Performance Measure" OR "Goal Attainment Scale" **Filtre:** Peer reviewed. >01.01.2000 – 09.12.2012. Aged +65
Scopus **30.12**	**#1:** Aged OR frail*OR older adults OR older men OR older women OR senior citizens AND #2: "home setting" OR "housing for elderly"OR homes for the aged OR residential facilities OR independent living OR nursing home OR home OR "home based" AND #3: restorative care OR re-ablement care OR enablement care OR home based rehabilitation OR rehabilitation community health services OR community health nursing OR home care agencies OR home care OR community rehabilitation AND #4 consumer participation OR patient participation OR goals OR goal* OR "canadian occupational performance measure" OR "Goal attainment scale" (Uden filter 3149 hits) Filtre: 2000-2012.Underområder(Subject area) : Medical, Nursing; Social, Health, Multidisciplinary. Dokumenttype Review. Sprog: Engelsk
Pedro	**Gerontology AND Goal*** Efterflg. sorteres artikler før 2000 fra

OT seeker	**Søgeord:** Goal* **Filter:** Age Group: Gerontology - Year Published: 2000-2012
Embase **28.12.12**	**#1: "**Aged" (EMtree exp) OR aged OR frail elderly **AND** **#2:** Home (Emtree exp) OR Home OR "Home for the aged" (Emtree exp) OR Home for the aged OR "independent living"(Emtree exp) OR "independent living" **AND** **#3: "**Community" (Emtree exp) OR Community Care OR Commmunity Care (Emtree exp) OR Community health nursing OR "Community health nursing" (Emtree exp) OR home care (Emtree) OR Community based rehabilitation (Emtree) OR Geriatric rehabilitation **AND** **#4: "**Goal attainment" (Emtree exp) OR goal attainment OR goal* OR client centred OR "Canadian occupational performance measure" OR " Goal attainment scale" OR Goal achievement **Filter**: År 2000-2012 + "Human"
Kædesøgning	De fundne artikler er løbende skimmet for relevante artikler, som ikke er fremkommet via søgestrategi

Bilag 2 Udvælgelse af studier

	Screenede titler og abstracts	Fuldtekstlæsning	Fuldtekst læsning filtreret for dubletter	Kritisk læst	Inkluderede studier
PUBMED	1954	32	32	6	4
CINAHL	326	93	14	0	0
AMED	99	9	5	0	0
Cochrane Other trials	54	0	0	0	0
Cochrane Trials	273	15	6	1	0
Embase	324	10	5	1	1
Svemed	23	0	0	0	0
PSYCHINFO	310	8	1	0	0
SCOPUS	193	0	0	0	0
PEDRO	30	3	0	0	0
OT Seeker	45	13	5	1	1

KÆDE		7	7	3	2
I ALT	3631	187	75	12	8

Bilag 3 Self Care Progress Report i Bakers Model for restorative care (34 Appendix) anvendt af Tinetti et al (33,40)

Appendix

SELF-CARE PROGRESS REPORT

Purpose: To identify areas where patient requires assistance of another person to complete activities of daily life & to track the regaining of the abilities to independently perform those tasks in order to remain safely at home.

Patient Goal:

Goal: Pt will be as independent as possible, as quickly as possible in the following tasks:	Previous Function	Current Function	Date	Date	Date
MEAL PREP CLEANUP/FEEDING/EATING					
Get food from refrigerator, cabinets					
Obtain cooking utensils, pots, pans					
Prepares food to cook: wash, peel					
Cooks/reheats meal					
Carries food to table					
Manages utensils					
Consumes solid food					
Consumes liquid food					
Clears table, stores food					
Wash dishes					
NUTRITION					
MEDICATIONS					
Take scheduled medications					
FLUIDS					
TOILETING					
Removes/replaces clothes					
Transfer on and off toilet					
Cleans self					
Flush toilet; wash hands					
CONTINENCE					
Timed toileting					
Catheter care					
Use/care bedpan, commode, urinal					

(Appendix continues on next page)

SELF-CARE PROGRESS REPORT (Continued)

Goal: Pt will be as independent as possible, as quickly as possible in the following tasks:	Previous Function	Current Function	Date	Date	Date
GROOMING					
Shave [if applicable]					
Apply cosmetics, lotions					
Wash and dry face					
Combs/brushes hair					
Finger/toenail care					
Brush teeth, clean dentures					
BATHING					
Obtain supplies (towel, soap, etc.)					
Turn water on/off. Adjust temp.					
Get in bathing position (stand at sink, transfers to shower, tub, adaptive equipment)					
Lather total body & rinse					
Shampoo hair (shower or sink)					
Transfer out of bathing position					
Dry total body					
DRESSING					
Obtain & store clothes					
Dress & undress upper body					
lower body (pants, skirt, etc.)					
Stockings, socks & shoes					
INDOOR MOBILITY					
Bed mobility, come to sitting position					
Transfer: sit to stand					
Move between rooms					
between levels up/down stairs or elevator					
EXERCISES					
ENDURANCE					
ADDITIONAL TRANSFERS					
LAUNDRY					
Gather laundry & carry to & from washing machine or sink					
Launder clothing in machine, hand wash, use dryer or hang on line					
Folds clothes					
Put laundry away					
LIGHT HOUSEKEEPING					
Make bed					
Remove clutter and dust					
Sweep/dry mop					
Change bed linens					
Clean toilet					
SHOPPING					
Make list					
Puts item away					
SAFETY					
Stairs, Climbing, Displacing activities					

A = Aide only; AP = Aide & Patient; P = Patient; CG = Caregiver; NA = Not applicable.

Bilag 4 Goal Attainment Scale

Eksempel på Goal Attainment Scale jvf. Fairhall (37; p.4)

Level of attainment	Goal of an 82 year old woman who met four frailty criteria	Goal of a 74 year old man who met three frailty criteria
Much better than expected	Able to collect mail from mailbox independently and able to walk three blocks to the post office.	Able to travel to the shopping centre independently on public transport.
Somewhat better than expected	Able to collect mail from the mailbox independently, on fine days and on rainy days.	Able to travel to the shopping centre on public transport in the presence of one other person.*
Program goal (expected performance at end of intervention)	Able to collect mail from the mailbox independently, on fine days.*	Able to travel to the shopping centre on bus provided by aged care facility. No assistance required.
Somewhat less than expected (no change in baseline performance)	Able to collect mail from the mailbox with assistance, on fine days. †	Able to travel to the shopping centre on bus provided by aged care facility with physical assistance of one person.†
Much less than expected	Unable to collect mail from the mailbox.	Requires private transport and assistance to travel to shopping centre.

*12 month score
†baseline score

Figure 1 Example of Goal Attainment Scale for two study participants.

GAS er vurderet af "Danske fysioterapeuter" og kan findes på

"Maaleredskaber.dk"s vurdering af Goal Attainment Scale, januar 2005

Bilag 5 TARGET Towards Achiving Realistic Goals in Elders Tool

TARGET iflg Parsons et al. (39)

Appendix – the TARGET tool

Place below all the items from the assessment that the client was not able to perform maximally (i.e. the maximum score). Then ask the client to rate each item on how much they would like to change their performance in each of these items. Finally, ask the client to rank each item.

THIS IS A CRUCIAL ELEMENT TO GOAL SETTING – PLEASE ENSURE THAT IT IS COMPLETED EVERY TIME

RANKING: **3 = *High importance, 2 = Medium importance, 1 = Low importance***
CHANGE SCORE: **3 = *A large change, 2 = A little change, 1 = No change***

PROMPTS: please consider activities of daily living such as washing and dressing, bathing, toilet use, continence and eating.

NOTE TO THE PERSON COMPLETING TARGET

PLEASE ALSO INCLUDE BELOW INFORMATION FROM OTHER ASSESSMENTS. (FOR EXAMPLE THE ADL INFORMATION FROM AN INTERRAI ASSESSMENT: MDS-HC OR MDS-CONTACT ASSESSMENT)

PROMPTS: please consider activities of daily living such as washing and dressing, bathing, toilet use, continence and eating.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

GOAL LADDER

PLEASE INCLUDE HERE THE PREVIOUS GOALS AND RATE THE LEVEL OF COMPLETION USING THE GPS (GOAL PROCESS SCALE), IF CLIENTS SCORE LESS THAN A 3, PLEASE ADD COMMENTS AS TO WHY THIS IS THE CASE

GPS - 3 = ACHIEVED GOAL, GPS - 2 = PARTIALLY ACHIEVED GOAL, GPS - 1 = NOT ACHIEVED GOAL

PLEASE ADD COMMENTS IF CLIENT HAS NOT ACHIEVED A GPS SCORE OF 3

		Homecare TO COMPLETE AT REVIEW	
Package re-assessment date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	
Actual goal completion date :		please tick box ☐ GPS - 1 ☐ GPS - 2 ☐ GPS - 3	

Bilag 6 Evidenstabel over inkluderede studier

Forfatter	År	Studietype	Studie Kvalitet*	Population	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Tinetti et al.(33) USA	2002	Kontrolleret studie. Prospektiv individuel matching. N = 691	**IIb - B**	Hjemmeboende **+:** 65 år. GNS 78 år **- :**Svære kogn. udfald	Målsætning: ***Self care progress report*** Restorativ indsats via geriatrisk medicinsk tilgang, sygepleje, rehabilitering	Større sandsynlighed for at forblive i eget hjem Formindsket risiko for indlæggelse på akut afd. Kortere hjemmeplejeintervention	Stort velgennemført studie.
Peri et al.(35) New Zealand	2008	Cluster randomisering N =149	**Ib - A**	Beboere i plejeboliger **+:** > 65 år. BI GNS 17,8, også kognitive fkttab	Målsætning: ***Individuel samtale*** Funktionelt øvelsesprogram v. hjælper m. øvelser x 2 dgl	Signifikant forbedring i SF 36 Fysiske del efter 3 mdr, men ikke efter 6 måneder. = Kortvarig effekt. Ingen signifikant forskel i fald incidens.	Lav adherence. Er forløber for Kerse et al. Kontamination.
Kerse et al.(36) New Zealand	2008	Cluster randomisering N = 682	**Ib - A**	Beboere i plejeboliger **+**: 65 år. GNS 84 år **-:** Massive kogn. udfald Depressive symptomer	Målsætning: ***Målsamtale*** Aktivitetsprogram udarb. af sgpl, udført af hjælper	Ingen effekt målt på selvrapporteret og observeret funktion, helbredsbetinget livskvalitet EQ5D,eller faldincidens	Lav adherence og compliance i intervention. Men skrøbelig gruppe.
Fairhall et al. (37) Australien	2012	RCT N = 241	**Ib - A**	Hjemmeboende Skrøbelige, + 70 år GNS 83,3 Udskr. fra hospital/lokal genoptrænings-afdeling. Ingen svære kognitive udfald =<18 MMSE	Målsætning: ***GAS*** Tværfaglig indsats. Primært fysioterapi. Mobilitetsrelateret træning. Inddragelse af relevante samarbejdspartnere.	12 mdr: GAS signifikant bedre målopfyldelse Life Space Assessment bedret. Statististiske signifikante forbedringer på mobilitetsmål, men ikke kliniske signifikante på deltagelsesniveau (subjektiv vurdering).	Velgennemført og pålidelige resultater. Dog svingende adherence.
King et al.(38) New Zealand	2012	Cluster randomisering N = 186	**Ib - A**	Hjemmeboende + 65 år, GNS 79 år, BI 18,4 Modtager hjælp Evne til at deltage i et interview	Målsætning: ***TARGET*** Træning v. hjælper Mulighed for at rekvirere tværfaglige kolleger fx ergoterapi	Signifikant forskel i HQL målt med SF 36… Total score og ISÆR i den mentale delscore. Ingen signifikante fund i fht funktionsevne IADL, TUG mfl.	Velgennemført studie.
Parsons et al.(39) New Zealand	2012	Cluster randomisering N = 201	**Ib - A**	Hjemmeboende Nyhenviste til hjemmepleje. **+:** 65 år, GNS 79 år **-:** Kogn AMTS <7/10	Målsætning: ***TARGET*** Restorativ indsats via praktiserende læge, hjemmepleje	Signifikant forskel i HQuol I SF 36 Signifikante forskelle på fysiske, og mentale komponenter i SF 36	Velgennemført studie. Der er mange ekskluderede obs ekstern validitet.
Tinetti et al	2012	Kontrolleret	**IIb - B**	Hjemmeboende	Målsætning: ***Self-Care***	32 % mindre sandsynlighed for at blive	Stort solidt studie

(40) USA		studie. Matched pairs N = 770		**+:** > 65 år. GNS 77,4 år Behov for hjælp	***Progress Report*** Restorativ model Tværfaglig indsats	genindlagt Signifikant kortere interventionslængde	
Lewin et al.(41) Australien	2013	RCT N = 750	**Ib - A**	Hjemmeboende ældre der søger om hjælp første gang/ ændringer i hjælp. GNS 81/82 år	Målsætning: ***Målorienteret interview, målfacilitering,*** etablering af handleplaner Tværfaglig indsats 12 uger	Signifikant mindre behov for varig personlig pleje (OR 0.18)	Stort studie, formentlig nogen kontaminering mellem grupperne.

Bilag 7 Inkluderede studiers population

POPULATION INKLUDERET I STUDIER						EKSKLUSION
Forfatter	**Bolig**	**Alders GNS og variation (SD)**	**Aktivitets- og deltagelsesniveau**	**Fysisk funktionsevne**	**Kognitive/psykiske funktionsevne**	**Eksklusions kriterier**
Tinetti et al. 2002 (Baker et al 2001)	Hjem	Gns 78,8 år (6,9)	Borgere med behov for pleje og praktisk hjælp	37 % er afhængig i mere end 1 aktivitet i egenomsorg. 68% har comorbiditet	18 % af gruppen har kognitiv nedsat funktionsevne 16% en depressiv tilstand	Borgere med svære kognitiv deficits (= konstant guidning i rutinesituationer, ikke opmærksom og orienteret, eller i stand til at følge instrukser) Massivt plejekrævende og sengeliggende borgere. Terminale borgere.
Peri et al. 2008	Plejebolig	**I**: Gns. 86,8 (5,5) **K**: Gns 84,7 (6,7)	Barthel index: 17/18 SF-36 Fysisk: I: 40,1 K: 40,3 SF-36 Mental: I 54,9 K 53,7	Alle uanset fysisk funktionsevne	Alle uanset kognitiv funktionsevne	Terminale borgere. Borgere med quadriplegia. < 65 år
Kerse et al. 2008	Plejebolig	Gns 84,3 år (7.2)	Late life function and disability score: 45,4 Livskvalitetsskala VAS: 71.4	Timed UP and Go. Gns 31 s Elderly Mobility Score Gns 15,9	Abbreviated mental test score: 7,2 35% har en depressions diagnose. 30% er ordineret benzodiazepiner.	Borgere med angst som hoveddiagnose. Borgere der ikke var i stand til at kOmmunikere. Akut dårlige borgere. Terminale borgere < 65 år
Fairhall et al 2012	Hjem	Gns. 83,3 år (5,9)	Barthel score: I 93.9 K. 92,5. Nottingham Extended ADL Index (0-18) 9	Ganghastighed: 0.4 m/sekund	Mini Mental Score > 18. Gns 26 (Max 30)	Borgere < 70 år. Borgere med mmse < 18. Borgere med en forventet levetid < 12 mdr.
King et al. 2012	Hjem	Gns 78,8 år (6,9)	Barthel index: 18,4. SF36 I: 52,4/K: 54,6 Nottingham Extended ADL Index (0-66) I:44,8/ K:45,2	Timed Up and Go Gns. 22 sek.	Abbreviated mental test score AMTS Score ml 7-10 : 95% af deltagerne.	Borgere < 65 år. Manglende evne til at deltage i et interview.
Parsons et al. 2012	Hjem	**I:** Gns 76,9 år (7,61) **K:** Gns 79,08 (6,93)	SF36 Overall: I 51,92/K 56,24	Short Physical Performance battery (0-12) I: 6.11/ K:6.36	Abbreviated mental test score AMTS > 6 (0-10)	Borgere < 65 år. Kognitivt moderat til svært skadede Henvist til plejebolig/midlertidig pleje (short term)
Tinetti et al. 2012 (Baker et al. 2001)	Hjem	Gns. 77,4 år (6,7)	50 % er afhængige af hjælp i > 1 ADL aktivitet	Comorbiditet af kroniske sgd > 2 = 55%	Depressive tilstande 16%	Borgere som er svært kognitivt skadet. Borgere som er fuldt plejekrævende.
Lewin et al. 2013	Hjem	**I**: Gns 82.7 år (7,7) **K**: Gns 81,8 år (7,19)	Behov for hjælp til 1 eller flere opgaver i dagligdagen			Borgere < 65 år. Borgere med demensdiagnose eller anden progressiv neurologisk lidelse. Borgere der modtagere palliativ pleje. Ikke engelsk-talende.
		I: Interventionsgruppe **K**: Kontrolgruppe	**Barthel** 0-20 **Barthel** 0-100 **SF Overall** 0-100	**EMS.** Elderly Mobility Scale 1-20 max **TUG**: Timed Up and Go. Få sekunder= hurtighed.	**AMTS**. Abbreviated mental test score Score fra 1-10. Højste score indikerer højeste niveau. En score <7 indikere kognitivt nedsat funktionsevne.	

Bilag 8 Inkluderede studiers effektmål

Effekt af intervention				
Forfatter	**Follow Up**	**Borger Livskvalitet**	**Funktionsevne**	**Sundhedsydelser**
Tinetti et al. 2002	Endt hjemmepleje periode (24-34 dage)	*OASIS B database* ↗ **Forbliven i eget hjem** *** 82% vs 71%, OR 1,99 - 95% CI; 1.47-2.69 P<0.001	*ADL redskab testet til studiet:* ↗ Egen omsorg Gns scores 11.0 [2.1] vs 10.7 [2.5]; P =.07 ↗ **Husførelse** *** Gns score 9.5 [2.9] vs 9.2 [3.0]; P =.05 ↗ mobilitet Gns score 3.3 [0.8] vs 3.2 [0.9]; P =.02	*OASIS B Database* ↘**Akut hospitals besøg** *** 10% vs 20%. OR; 0.44; 95% CI: 0.32-0.61. P<0.001 ↘ **Hjemmeplejeinterventionsperiode** *** Gns [SD], 24.8 [26.8] dage vs 34.3 [44.2] dage; S = -17 821; P<.001. ↘ **Antal hjemmebesøg*** ** Gns [SD], 12.5 (16,5) vs 16.3 (25,6) P=0.01
Peri et al. 2008	3, 6 mdr	*Short form Questionaire SF- 36* ↗ **Selvvurderet helbredsrelateret livskvalitet: Fysisk score v. 3 mdr, ej 6 mdr**, *** Gns39,3 vs 41,4 P=0,022	*Timed Up and Go. Elderly mobility Scale* Ingen forskel	
Kerse et al. 2008	6, 12 mdr	*EQ5D/Life Satisfaction Index:* Ingen forskel	*Late Life and disability instrument* Ved nedsat kognitiv funktionsevne ingen forskel ↗**Ved bevaret kognitiv funktionsevne minimal effekt*** 0.3 vs -0.2 P = 0,024 *Geriatric Depression Scale* **OBS Øget risiko for depression for v. nedsat kognitiv fkt.evne*** 63.8 vs 35.9 P=0,004 *Fald* Ingen forskel	*Hospitalindlæggelser* Ingen forskel
Fairhall et al 2012	12 mdr	*GAS* ↗ **Bedret målopfyldelse**** OR 2,1. 95% CI; 1,3-3,3. P= 0,004 R 2,1;95 *Tilfredshed med evne til at komme ud af huset* uændret *Activity Measure for acute Care - AMPAC* ↗**Selvrapporteret aktivitet** *** 4,68 95% CI 1,4 -9,9 P<0,001 *Nottingham Extended ADL Index* Ingen forskel *Life Space Assessment* ↗**Oplevet mobilitetetsradius** *** +4.68 points 95% CI 1,4 -9,9	↗**Ganghastighed*** +o,oo5m/s over 4 m: 95% CI 0,0004-0,1, P=0,048	
King et al. 2012	7 mdr	*SF 36* ↗ **Helbredsrelateret livskvalitet** *** *+ 3,8, 95%CI -0,0 -7,7 P= 0,05* ↗***Helbredsrelateret livskvalitet , mental score**** +4,2 95% CI: 0,0-8,4 P= 0,005 *Nottingham Extended ADL Index* Ingen forskel ***Målopnåelse*** 73% af borgerne fik indfriet mål.	*Timed Up and Go* . Ingen effekt *Mastery Scale, Sense of Control* Ingen effekt	*Timeforbrug til pleje og praktisk hjælp* ↘ **Timeforbrug reduceret** *** I: 29% /K: 0% P = 0,001
Parsons et al. 2012	6 mdr	*SF 36* ↗**Helbredsrelateret livskvalitet, total score** *** P= 0,0001 ↗**Helbredsrelateret livskvalitet , mental score*** P=0,0003 ↗**Helbredsrelateret livskvalitet , fysisk score*** P=0,0002		**Handleplaner indeholder større andel af indivdiduelle aktiviteter** I; 61,7 /K; 15% Øget fokus i handleplaner på tilgængelighed i nærmiljø/funktioner ud af huset
Tinetti et al. 2012 (Baker et al. 2001)	60 dage			↘ **Genindlæggelse I: 13,2% /K: 17,6% Sandsynlighed reduceres med 32%** OR 0,68 95% CI: o,43-1,08 ↘ **Længde af hjemmeplejeintervention*** ** Gns I: 20,3 /K: 29,1 P<0,001
Lewin et al. 2013 (Lewin et al. 2010)	12 mrd			↘ **Behov for personlig pleje*** ** **3 mdr** OR 0.18, 95% =0,13-0,26, P<0,001 **12 mdr** OR = 0.22, 95% CI = 0.15–0.32, P < 0.001].

Bilag 9 Inkluderede studiers målsætningsprocesser

Målsætningsproces							
Forfatter	**Målsætningsredskab**	**Identifikation af borger oplevede problemfelter**	**Målsamtale**	**Tværfaglig kommunikation om borgers mål**	**Implementring i handleplan**	**Kontinuerlig justering af plan/mål**	**Undervisnings program**
Tinetti et al. 2002 (Baker et al 2001)	Self Care Progress Report	Ja . Via udførlig tjekliste, Self Care Progress Report, udfyldt med borger	Interview med baggrund i Self Care Report . Borger prioriterer indsatsområder	Plan i hjemmet. Månedlige tværfaglige møder.	Ja. Mål styrer alle interventioner	Ja, løbende revurdering via Self Care Report	Ja
Peri et al. 2008	Målsamtale	2 kriterier for mål Relevant og meningsfuld for beboer. Fremme den fysiske aktivitet	Målsamtale borger og gerontologisk sygeplejerske. Mål etableres på 1-2 møder. Pårørende kan inddrages	Støtte til hjælpere ugentlig den 1. mdr, og månedligt de næste 6 måneder.	Ja. PIP Promoting Independent Plan. Hænges i beboers rum.	Ja. Revurderer øvelser og mål undervejs på fælles personalemøder	Ja - Praksislæring. Løbende vejledning af beboers hjælpere.
Kerse et al. 2008	Målsamtale	2 kriterier for mål: Relevant og meningsfuld for beboer. Fremme fysiske aktivitet	Målsamtale borger og gerontologisk sygeplejerske. Mål etableres på 1-2 møder. Pårørende kan inddrages	Vejledning til hjælpere ugentlig den 1. mdr, herefter månedligt	Ja. Individualiseret program i beboers rum. Tjeklister til aktivitsudførelse i beboers rum.	Ikke beskrevet	Ja- Praksislæring. Personale undervises 1-1 i fht den enkelte beboer
Fairhall et al 2012	Goal Attainment Scale. GAS	Ja. Via Reintegration to normal living Index og 2 samtaler med borger/pårørende	Mål identificeres mellem borger og fysioterapeut. Tilpasses over 2 samtaler med borger.	Mellem forskningsfysioterapeut og udøvende fysioterapeut	Ja. Fysioterapeutisk udredning af barrierer for målopnåelse. Udfører intervention herefter.	Ja. Målet revideres løbende v. udførende fysioterapeut	Ikke beskrevet
King et al. 2012	TARGET	Ja. Via Barthel Index, NEADL, EQ-5D og fælles udfyldelse af TARGET.	Målsætningssamtale mellem borger og koordinator. Identifikation af kortsigtede og langsigtede mål.	Koordinator deltager i 2 timers møde hver 14. dag.	Ja. Indidualiseret handleplan	Ja. Løbende evaluering via målstige	Ja. Koordinator undervist i målsætning Supervision af udførende personale. Uddannelsesmodul 18 uger
Parsons et al. 2012	TARGET	Ja. Via Barthel Index, NEADL, EQ-5D og fælles udfyldelse af TARGET.	Målsætningssamtale mellem borger og visitator via TARGET. Identifikation af proximale mål og langsigtede mål	Månedlige møder m. ræsentation af udførte Targets og diskussion	Ja. Individualiseret handleplan. Konkrete instruktioner til hjælper.	Ja. Løbende evaluering og opsætning af nye mål	Ja. 2½ dags undervisining for alle der anvender TARGET.
Tinetti et al. 2012 (Baker et al. 2001)	Self Care Progress Report	Ja. Tjekliste i Self Care Progress Report.. ADL opgaver, delt i delopgaver gennemgåes	Etablering af mål foregår med patient, familie og koordinator.	Self Care Progress Report ligger i hjemmet.	Ja. Alle interventioner bundet af fælles aftalt målsætning i handleplan.	Ja. Mulighed for revurdering	Ja. Træning af hjælpere.
Lewin et al. 2013 (Lewin 2010)	Målorienteret interview	Målorienterede handleplaner i partnerskab med klient.	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ja. Målorienterede handleplaner i partnerskab med klient	Ja. Mål vurderes løbende.	Ikke beskrevet

Bilag 10 Udfyldte Checklister

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter: Mary E. Tinetti, Dorothy Baker, William T. Ciallo et.al **Titel**: Evaluation of Restorative Care vs usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of Home Care **Tidsskrift, år**: JAMA 2002	
Checkliste udfyldt af: UG/ Gruppemøde	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja:1 Vil undersøge om en ”restorativ model” (genoprettende) versus den sædvanlig indsats i hjemmeplejen gør en forskel i forhold til: 1 Muligheden for at blive i eget hjem 2 Brug af skadestue / AMA /FAM 3 Antal dage af pleje 4 Antallet af besøg (sgpl/terapeuter/hjælpere) 5 Funktionsevne (ADL, Mobilitet)
1.2 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Nej: 4 Konsekutivt matchet. Geografiske afstande i hjemmeplejedistrikterne førte til at et ud af seks hjemmeplejedistrikter blev udvalgt som forsøgsområde.
1.3 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	JA: 1 Borgerne blev i det ene distrikt inkluderet konsekutivt. Herefter blev borgerne matchet og parret med borgere fra de fem øvrige distrikter, således at borgerne var sammenlignelige ved baseline. Grupperne er ens jvf tabel 1.
1.4 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Nej: 6 Ikke anvendeligt på dette studie
1.5 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Kun delvist: 3 Nej. Forsker havde ikke kontakt. Blindet forsker.

1.6	Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja: 2 Instrumentet er udviklet til studiet. Interater reliabilitet er afprøvet i pilotstudie (n=20) er for total score tilfredstillende (0,85)
1.7	Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Vides ikke: 5 Det går vi ud fra, men det er ikke oplyst.
1.8	Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Tilstrækkeligt antal forbliver: 2 82 % af borgerne i interventionsgruppen forbliver i studiet
1.9	Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja: 1 Der er anvendt intention to treat**. N= 691**. 569 (82 %) er sammenlignet mht forbliven i eget hjem. Færrest er sammenlignet mht ADL funktioner. Forfatterne anfører at der formentlig er tale om mgl dokumentation af funktionsevnemålene.
1.10	Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke anvendeligt på dette studie: 6 Dette er ikke et multicenter studie.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN		
2.1	I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	++
2.2	Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.3	Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens ”intervention”?	Ja, det er overvejende sandsynligt.
2.4	Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, målgruppen er den samme. Den er anvendelig, der kan være mindre organisatoriske/ kulturelle forskelle.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN		
3.1	Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Borgernes selvhjulpenhed og mobilitet og hvordan de klarer sig/ kan forblive i hjemmet

3.2	Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	”Outcome and Assessment Information” (Se pkt. 1. 1.) OASIS – B
3.3	Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	Fra 691 -382 (afhængig af mål) matchede par blev grundlaget for analysen
3.4	Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Ved baseline Efter 60 dage (og ved hver 60 dag) Ved udskrivelse Stratificeret analyse justeret for baseline information/oplysninger Der måles på 1 Muligheden for at blive i eget hjem 2 Brug af skadestue / AMA /FAM 3 Antal dage af pleje 4 Antallet af besøg (sgpl/terapeuter/hjælpere) 5. Funktionsevne (ADL, Mobilitet). Der var signifikant effekt i interventionsgruppen på mål 1, 2 og 3.
3.5	Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja
3.6	Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Gennemsnitsalder er 78,8 år. Matchet på funktionsstatus ved baseline, men de borgere i den restorative model vurderer dem selv højere i selvhjulpenhed. ($P < .001$) ligesom de havde færre lægebesøg.
3.7	Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	USA (øst) Connecticut; The Center for Medicare and Medicaid services)
3.8	Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Ikke relevant.
3.9	Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Forfatterne vurderer, at en restorativ model sandsynligvis har en effekt, der peges på flere mulige elementer (teamwork, reorganisering og koordination af den tværfaglige indsats, reorienterieng og maksimering af borgers funktionsevne og uafhængighed, inklusion af borger og pårørende og målsætning) Gruppens vurdering er, at artiklen er revelevante og overførbare for PICO Et af de væsentlige elementer er den fælles målsætning ml. borger, pleje og terapeuter.

DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter, titel: Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomized controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS) Kathryn Peri, Ngaire Kerse, Elizabeth Robinson, Matthew Parsons, John Parsons, N. Latham Tidsskrift, år: Age and Ageing 2008; 37: 57 – 63	
Checkliste udfyldt af: UG og YAH	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.11 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1. Opfyldt i høj grad Gentagen træning af ADL aktiviteter med henblik få at øge fysisk funktionsevne og fysisk aktivitet for plejehjemsbeboere. Programmet indeholder: Individuel målsætning af program med henblik på at øge ”self-efficacy” (tro på egen formåen), som er en forudsætning for at gennemføre planlagte fysiske træningsprogrammer.
1.12 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad Cluster randomisering. Fem plejehjem i Auckland, New Zealand, der har ensartet beboersammensætning, som er afhængig af I-ADL, men uafhængig af eller har kun brug for lidt hjælp ved overflytning til plejehjem. Alle plejehjem meldte sig frivilligt til deltagelse.
1.13 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	2. Opfyldt i tilstrækkelig Det er undersøgt om de to grupper ligner hinanden mht. demografiske og helbredsmæssige forhold (tabel 1).

	Umiddelbart ses ikke væsentlige forskelle, men der angives ikke p-værdier.
1.14 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	1. Opfyldt i høj grad. Allokering til hhv. interventions-og kontrolgruppe er sket tilfældigt ved ”flip of the coin”.
1.15 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad. Blindet for forsker, men ikke for medarbejderne.
1.16 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	1. Opfyldt i høj grad Alle relevante slutresultater er målt vhj. standardiserede gyldige og pålidelige skalaer, som TUG (Time up and go score), EMS (Elderly Mobility score), LSI-Z (Life Satisfaction Index score), SF-36 physical component; SF-36 mental component.
1.17 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad Kontrolgruppen fik tilbudt sædvanlig pleje.
1.18 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad. Der blev rekrutteret 149 beboere til studiet, heraf gennemførte 124 beboere (83 %) heraf kontrol = 61 og Intervention = 63.
1.19 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	1. Opfyldt i høj grad. Aller undersøgte personer er undersøgt i henhold til randomiseringen.
1.20 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke aktuelt i denne undersøgelse

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.5 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	+
2.6 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	De plejehjem, der har deltaget i undersøgelsen, har meldt sig frivilligt, hvilket kan have påvirket undersøgelsesresultatet. Ifølge power beregningen, skal der være mindst 67 personer i hver af grupperne for at vise signifikant effekt. Et lille sample og et relativt stort bortfald kan være årsag til, at studiet ikke viser større effekt.
2.7 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Der ses en forbedring af livskvalitet i interventionsgruppen efter 3 og 6 måneder sammenlignet kontrolgruppen (p = 0.022), men ingen effekt på de fysiske parametre.
2.8 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Studiet peger i retning af at "goal-setting" har effekt, men generaliserbarheden af studiets resultater er begrænset på grund af populationens størrelse og bortfaldet.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.10 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Interventionen omfattede et aktivitetsprogram omfattende ADL aktiviteter indenfor fysisk og social funktionsevne. Alle aktiviteter er styret af de mål som beboeren slev fastsætter.
3.11 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	TUG (timed up and go), EMS (Elderly Mobility Scale), SF 36: (PCS Physical component summary & MCS Mental health component summary), Life Satisfaction Index (LSI-Z)

3.12 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	N= 149. Interventionsgruppe 76. Kontrolgruppe 73.
3.13 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten er målt på sundhedsrelateret livskvalitet og fysisk mobilitet. Undersøgelsen viste forbedret livskvalitet (SF-36 PCS: p-værdi 0.022)
3.14 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja p-værdier
3.15 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	- Over 65 år - Flest kvinder - Normal kognitiv funktionsevne - Barthel score på 17.5 – 17.8
3.16 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	fem hjemmeplejecentre i Auckland.
3.17 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Der deltager beboere fra i alt 5 plejehjem.
3.18 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Studiet viser, at dette målsætningsdrevet fysiske aktivitetsprogram fører til forbedring af livskvaliteten, men at der brug for gentagelse af studiet med flere deltagere for at vurdere effekten af programmet i forhold det det fysiske funktionsniveau. .

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatter: Kerse N, Peri K, Robinson E, Wilkinson T, von Randow M, Kiata L, Parsons J, Latham N, Parsons M, Willingale J, Brown P, Arroll B.
Titel: Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial.
Tidsskrift, år: BMJ. 2008 Oct 9;337:a1445

Checkliste udfyldt af: BGJ, MM, YAH

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.21 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja: 2 – Undersøge effektiviteten af et aktivitetsprogram, der skal forbedre funktion, livskvalitet og fald for ældre i plejebolig. Målsætning beskrives ikke som endegyldigt mål, men en vej til aktiviteten.
1.22 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja: 1 Cluster Randomisering af enkelte hjem af hensyn til kontaminering ml. intervention og kontrol
1.23 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Ja: 1
1.24 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Ja: 1. Computerallokeret randomisering
1.25 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Ja: 2 Forskningssygeplejersker og biostatistiker er blindet. Ej forsøgsperson og behandler. Der foretages før/efter målinger. For 44 forløb blev det dog afsløret af beboere eller personale.
1.26 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja: 2 Standardiserede måleredskaber. Målsætningsredskab noget underbetonet – i hvilken grad klientcentreret procedurer/motivation?
1.27 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja: 2 – mål indgår i en aktivitetsrettet program Kontrolgruppen modtager sædvanlig pleje, men fik tilbudt 2 ”sociale” besøg for at sløre,

	at de var i kontrolgruppen.
1.28 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Mange dropouts: 3 41 ud af 46 plejeboliger deltog. 225/330 fuldførte i Interventionsgruppe = 68 % 248/352 fuldførte i kontrolgruppe = 71 % af beboere fuldførte forsøget. Der er lav kompliance i forsøget. I 44 % af forløbene rapporterede interventionssgpl. at borgeren udførte få eller ingen aktiviteter. Dog strækker studiet sig over 12 mdr og gruppen som helhed er skrøbelig.
1.29 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse).	Dårligt opfyldt:3 Der står ikke specifikt om der er lavet Intention to treat, men der er fulgt en kvalitetsstandard *User's Guide to the Medical Literature II.* På clusterniveau er der ingen frafald.
1.30 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke oplyst: 5 Der er lavet forskellige analyser; bl.a. er der justeret for variansen mellem de forskellige clustre.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.9 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	+
2.10 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Cluster randomisering er valgt for at undgå "kontamination" mellem grupperne. Man har ydet social støtte til kontrolgruppen.
2.11 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Der ses minimal effekt. Der er svagheder i interventionens udformning: Ikke specifik træning, lav kompliance, meget lav grad af multidisciplinær tilgang, mgl grad af intensitet i fysisk træning.
2.12 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?¨	Nej, pga af manglende tværfaglligt samarbejde, at der kun er fokus på "exercises" i livskvalitet vurderingerne samt at undersøgelsen ekskluderer mennesker med demenssymptomer. Det står faktisk

	ikke, at demente mennesker ekskluderes, men at interventionen forudsætter, at man skal kunne huske mål og deltage i interventionen for at nå målet. Men dette studie viser, at beboere med nedsat kognitiv funktion ikke har gavn af interventionen.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.19 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Borgers målsatte fysiske intervention under supervision 2 x 15 min dagligt
3.20 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Mål: 1) Funktionsevne selvrapporteret: LLFDI 2) Funktionsevne observeret: TUG, Ældremobilitetsskala; FICSIT balance 3) Livskvalitet: EQ 5D og livstilfredsheds index.
3.21 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	41 ud af 46 plejeboliger deltog. 225/330 fuldførte i interventionsgruppe = 68 % 248/352 fuldførte i kontrolgruppe = 71 % af beboere fuldførte forsøget.
3.22 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	INGEN EFFEKT
3.23 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	JA, P værdier og SD værdier
3.24 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Ældre plejehjemsbeboere, +65 år. Beboere som var i stand til at deltage i målsamtale, huske og udføre aktiviteter.
3.25 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Plejeboliger i New Zealand
3.26 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	41 ud a 46 centre
3.27 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Værdien af almen træning uden specifik træning. En mgl multidisciplinær tilgang. Målsætning vejleder en intervention, der ikke er tilstrækkelig – giver ingen effekt.

DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatter, titel: Fairhall N., Sherrington C., Kurrle S.E., Lord S.R., Lockwood K., Cameron I.D. Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: randomised controlled trial
Tidsskrift, år: BMC Medicine 2012 10 Article Number 120.

Checkliste udfyldt af: BGJ, YAH

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.31 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja: 1 Målet er at undersøge virkningen af af en multifaktoriel intervention på mobilitetsrelateret funktionsevnetab hos svækkede ældre mennesker
1.32 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja.1 Screening foregik via forsknings sgpl. Efter informeret samtykke, blev der foretaget baseline us, og derefter randomiseret. En data analytiker ikke involveret i rekruttering eller us. foretog randomiseringen udfra en computer genereret tilfældig rk. følge. Der blev blokrandomiseret i hhv 4, 6 og 10 blokke
1.33 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Ja 2 Umiddelbart ses der ikke forskelle mellem intervention og kontrolgruppe, men der er ikke angivet p-værdier her.
1.34 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Ja. 1 Computergenereret i blokke
1.35 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Ja. Tilstrækkeligt. 2 Forsøgspersoner: Nej Behandler: Nej Forsker: Forskningssgpl v. rekuttering JA Baseline og Follow up Outcome measures: Ja. Forskingsfysioterapeut: Baseline målsætning: JA Deltagere blev anmodet om, ikke at afslører gruppeallokation

1.36 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja tilstrækkeligt opfyldt: 2 Tilfredshed med adgangsmuligheder til lokalmiljø målt med tilfredshed og udførelse. (Binær svar ja/nej) Forfatterne anfører, at dette er reliabelt og er responsivt fra tidl. us. GAS: Valideret og anbefalet af mange kilder Reintegration to Normal Living Index: ja. Mobilitet: 4 m gangtest: ja Selvrapporterede aktivitets mål: AMPAC NEADL:
1.37 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja, tilstrækkeligt opfyldt: 2 Intervention GAS og interdisciplinær team indsat versus sædvanlig pleje i distriktet.
1.38 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Ja, tilstrækkeligt opfyldt: 2 I lyset af målgruppen endda i høj grad. 12 mdr Follow up: 107/120 Randomiseret til interventionsgr 109/121 Randomiseret til kontrolgruppe
1.39 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja: 1 Alle data blev analyseret efter ITT. Der er brugt imputation her til at tage højde for missing data.
1.40 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke relevant:
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.13 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	++
2.14 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.15 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens ”intervention”?	Us. bekræfter, hvad også andre studier har vist, at en tværdaglig indsats er mere effektiv end en monofaglig indsats, og at en indsats drevet af mål sat af patient i samarbejde med og personale er effektiv.
2.16 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Der er tale om et meget omfattende og intensivt interventionsprogram, som det kan blive vanskeligt at implementere

3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.28 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	En mobilitetsrelateret multidisciplinær intervention for svækkede ældre, bestående af fysioterapeutiske seancer kombineret med andre faglige indsatser.
3.29 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	GAS, Life Space Assessment, Mobilitet: 4m gang, Aktivitets mål for post akut pleje AMPAC
3.30 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	120 i interventionsgruppe 121 i kontrolgruppe
3.31 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Interventionsgruppen havde signifikant bedre målopfyldelsesscore og Life Spase Assessment socre. Der vare ingen forskle på de generelle mål om deltagelse/tilfredshed. Interventionsgruppen gik signifikant stærkere, og havde et højere aktivitetsniveau (AMPAC)
3.32 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja, der er Odds ratio med 95 % confidence niveau, og beregnede SD niveauer.
3.33 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Skrøbelige ældre hjemmeboende. Gns alder 83,3 år
3.34 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Ældre beboere, +70 år fra bynære kvarterer omkring Sydney, udskrevet fra hospital eller kommunal rehabilitering Ingen svære kognitive udfald =<18 MMSE) I gns 7 fsk medicinske tilstande noteret.
3.35 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Ikke relevant
3.36 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Adherence, median, til programmet blev opgjort til 25- 50 % = noget svingende. Der var årsager til ikke at kunne opfylde målsætning fx helbred, omgivelser mm. Der blev opnået statistiske signifikante forbedringer, men ikke klinisk signifikante: Selvom mobilitet blev forbedret, afspejledes det ikke i den generelle deltagelse. US synes velgennemført og med pålidelige resultater i fht at denne gruppe har inkluderet skrøbelige ældre

DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter, titel: King A, Parsons M, Robinson E, Jörgensen D: Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial **Tidsskrift, år:** Health and Social Care in the Community, 2012; 20(4): 365-374	
Checkliste udfyldt af: BGJ og YAH	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.41 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	I høj grad: 1 Målet er at evaluere virkningen af en restorativ hjemmepleje for hjemmeboende ældre sammenlignet med sædvanlig pleje. Der beskrives en mål faciliteringsproces, en patientcenteret tilgang, og der anvendes et særligt redskab TARGET(Towards Acheiving Realistic Goals in Elders Tool) mhp ”empowerment”.
1.42 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja: 1 Cluster Randomiseret Studie. Clusters i interventionsgruppen sammensættes ud fra geografiske områder, med ca 5 hjælpere hver med gns 4 ældre borgere. Disse clusteres randomiseres
1.43 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Tilstrækkelig opfyldt 2 Baseline data fremgår af tabel. Forfatterne bemærker, at der Ikke er forskel mellem grupperne, dog er er andelen af deltagere, der bor alene større i interventionsgruppen (67.7 % versus 50.5 %) Der angives dog ikke p-værdier.
1.44 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Ja: 1 Efter baseline interview randomiserede en biostatistiker, der ikke var involveret i rekrutteringen af grupperne til interventions eller kontrolgruppe via en computergeneret random liste.
1.45 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Ja tilstrækkeligt: 2 Forskningssygeplejerske er blindet til gruppe allokationen.

1.46 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja: 1 Primær outcome er livskvalitet målt med SF36, som er det mest anvendte redskab til den ældre målgruppe. Redskabet er valideret Sekundære outcomes inkluderer ADL og motoriske tests, som alle er standardiserede, validerede og reliable redskaber og gennemprøvede i andre studier.
1.47 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja: 1 Kontrolgruppen modtager sædvanlig hjemmepleje uden målsætning. Hjælpeplaner beskriver den hjælp der vurderes at være behov for. Der var matchet for de professionelles minimumsløn/rejse udgifter mellem grupperne.
1.48 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Ja, tilstrækkeligt: 2 262 ældre blev identificeret, 186 blev randomiseret og 157 (87%) deltog i den afsluttende followup.
1.49 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja: 1 Alle evalueringer blev foretaget efter princippet om intention to treat.
1.50 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke relevant
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.17 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	++ Det ser ud til, at der i de statistiske analyser tages specifikt højde for cluster randomiseringen. De fsk. grupper er analyseret for interaktionseffekt, der findes ingen signifikante forskelle.
2.18 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.19 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens ”intervention”?	Der er tale om en multifacetteret intensiv indsats, som samlet set har øget livskvaliteten hos en gruppe borgere, som har brug for hjemmehjælp, men det er vanskeligt at sige konkret, hvad det er, der fører til den fundne sluteffekt.
2.20 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja alle hjemmehjælps modtagere + 65 år, som kan deltage i interviews. (Borgere, der er for fysisk/mentalt syge til at deltage i interviews ekskluderes)

3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.37 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	En multifacetteret tilgang. Bygger på en restorativ filosofi, en styrkelse af en trænende tilgang supervision af udførende, management og mål facilitering. Udarbejdelse af en handleplan, og en indarbejdelse af repetitive ADL aktiviteter.
3.38 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Primær resultat: HRQoL via SF 36 Sekundære resultater: NEADL, TUG, DSSI, AMTS.
3.39 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	21 clusters (10 Intervention, 11 Kontrol) I alt 93 personer i intervention og 93 i kontrolgruppe.
3.40 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Signifikant størst ændring i SF36 total score for interventionsgrupperne. Især hvad angår den mentale komponent. Sekundære effektmål: Ingen forskelle Statistisk signifikant mindre hjælp i interventionsgruppen (29 % i interventionsgruppen fik reduceret hjælp mod 0 % i kontrolgr) 73 % i interventionsgruppen opnåede målopfyldelse af deres individuelle mål
3.41 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja
3.42 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	+ 65 år, hjemmeboende hjemmehjælpsmodtagere, der kan deltage i interviews. Det fremgår af Tabel 1, at der også i mindre omfang indgår borgere med nedsat kognitiv funktionsevne defineret som <7 på AMTS (0-10) GNS på BI er 18, 4 hvilket indikerer relativt selvhjulpne borgere, der er inkluderet i studiet.
3.43 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Eget hjem
3.44 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	I alt 21 clusters, hver bestående af 3-4 sundhedsprofessionelle, der hver har 3-4 borgere.

3.45 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Forfatterne fremhæver den fælles målsætning som en mulig forklaring på forbedringen af den mentale livskvalitet. Da, der ikke sker en samtidig forbedring på de sekundære effektmål, kan den reducerede hjælp i interventionsgruppen måske forklares ved at koordinatorerne har et mere indgående kendskab til borgerne, og dermed kan identificere ydelser, der ikke er behov for. Resultaterne kan ikke tilskrives bestemte af kerneelementerne, men må ses i en kombination.

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatter, titel: Parsons J. et al. Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference?

Tidsskrift, år: Age and Aging; 2012

Checkliste udfyldt af: Malene Isling Pai, BGJ & YAH

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.51 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja: 1 Målet er at afgøre om ”restorative care” øger den sundhedsrelaterede livskvalitet og evne til at udføre daglivets aktiviteter sammenlignet med standard pleje.
1.52 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja: 2. Cluster randomisering foregik via praktiserende læge. Randomisering af individuelle deltagere til kontrol eller interventions undersøger foregik via en random genereret liste.
1.53 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Nej: 3 De to grupper er ikke ens. Forskelle i alder, køn og fysisk funktion. Det fremgår ikke af

	tabel 1 eller tekst om forskellen er statistisk signifikant.
1.54 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Nej: 5
1.55 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Kun delvist: 3 Deltagere er ikke blindet. Behandler er ikke blindet. Forskerne, som stod for vurdering af livskvalitet ved brug af short form udgaven af SF-36 var blindet.
1.56 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja: 1 Short Form udgaven af SF 36 er et gyldigt og validt instrument.
1.57 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja: 2
1.58 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Ja: 1. Kun få dropouts. I alt 106 af 108 (98%) indgik i interventiosgr. I alt 91 ud af 97 (94%) indgik i kontrolgr.
1.59 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja: 1 Resultaterne fra alle undersøgte er analyseret i henhold til ”intention to treat”.
1.60 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke anvendeligt: 6 Den aktuelle undersøgelse er ikke en multicenter undersøgelse.
2. Overordnet bedømmelse af UNDERSØGELSEN	
2.21 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	Det er undersøgt om ”outliers” kan have modificeret effekten på ændring SF 36 scores mellem de to grupper. Det var ikke tilfældet. ++

2.22 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.23 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	En del af den positive sluteffekt skyldes formentlig den uddannelse, som blev givet til personalet, som en del af implementeringen af TARGET (side 27).
2.24 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Med de fornødne kompetencer, som kræves for at implementere TARGET, herunder det at motivere patienterne til selv at spille en aktiv rolle i rehabilitering.
3. Beskrivelse af undersøgelsen	
3.46 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Implementering af TARGET i den daglige rehabilitering. TARGET er en metode, der styrker personens evne til selv at selv mål for de fremskridt i rehabiliteringen, som de selv mener, er realistiske. De personer, der stod for implementeringen, havde fået en særlig uddannelse.
3.47 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Der måles på ændringer i livskvalitet, generelt og fysisk og mentalt.
3.48 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	Totalt 205 patienter. Intervention:108 (2 drop outs) Kontrol: 97 (4 døde)
3.49 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten målt som ændring i livskvalitet målt ved. SF 36 ved baseline og ved follow-up.
3.50 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja
3.51 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Alle deltagere var 65 år eller derover hjemme boende, som blev henvist til hjemmepleje.
3.52 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Rekrutteret fra ét hjemmeplejedistrikt i New Zealand.
3.53 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Alle er rekrutteret fra samme center.

3.54 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Det er et problem at kun en lille del af de mange personer, der opfyldte inklusions- og eksklusionskriterierne indgik i studiet. En del udgik på grund af nedsat kognitiv funktion. Resultaterne kan derfor ikke generaliseres til ældre, der lider af moderat til svær demens, Det ser ud som om man har ekskluderet for mange personer med moderat nedsat kognitiv funktion. Det er vist i en den tidligere undersøgelse, at TARGET-modellen ikke er egnet til brug hos demente personer.

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter: Tinetti ME, Charpentier P, Gottschalk M, Baker DI. Titel: Effect of a restorative model of posthospital home care on hospital readmissions. Tidsskrift, år J Am Geriatr Soc. 2012 Aug;60(8):1521-6.	
Checkliste udfyldt af: BGJ, IE, YAH	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.61 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja. 1 At sammenligne genindlæggelsesfrekvens for borgere, som modtager sædvanlig hjemmepleje med en matched gruppe modtagere af restorative care, når disse udskrives til hjemmepleje efter en hospitals indlæggelse
1.62 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Nej 2 Der er tale om et quasieksperimentelt studie, hvor eksperiment–og kontrolgruppe er matchede i parvise ensartede grupper.
1.63 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Ja.1
1.64 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Delvist 2. Borgerne, der er bosiddende tættest på forskerne i et specifikt geografisk område er udvalgt som interventions gruppen ref. t. restorativ care. De øvrige 5 distrikter modtager i undersøgelsesperioden sædvanlig praksis. Computerstyret algoritme matcher begge grupper på 7 parametre
1.65 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Ja, tilstrækkeligt 2. Da alle resultatdata blev registreret i en database (OASIS), antages det, at data var blindet for de forskere, der analyserede data
1.66 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja.1 Slutresultatet blev mål på genindlæggelser i studieperioden.

1.67 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja.2
1.68 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Ja. Opfyldt. 1 864 deltagere indgik i studiet. Heraf døde 4 deltagere, og 90 (10%) udgik med ukendt adresse efter endt hjemmepleje. Der indgik i alt 770 deltager, heraf matchede pairs 341 x 2 = 682 + 88 umatchede (døde eller missing data) = 770
1.69 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja. 1
1.70 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ja. 2
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.25 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	Ja. 1 el ++
2.26 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Bias minimeres v. prospektiv matching. I den multivariate analyse blev der kontrolleret for en række faktorer, som kunne være mulige konfoundere.
2.27 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens ”intervention”?	Ja
2.28 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja kontekst kan overføres til DK, selvfølgelig vil der være strukturelle og systemiske forskelle
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.55 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Den indsats, der blev evalueret omfatter i alt 7 elementer indgår i begrebet ”Restorativ Care”, herunder bl.a. implementering af en plan baseret på ”goal attainment”.
3.56 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Effekten er målt på antallet genindlæggelser studieperioden.

3.57 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	Interventionsgruppen 410 personener. Kontrolgruppen 360 personer, i alt 770.
3.58 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Antallet af genindlæggelser er hentet i en data base, hvor alle Medicaid services registreres, herunder hospitalsindlæggelser.
3.59 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja både p-værdier og sikkerhedsintervaller. OBS sikkerhedsintervaller inkluderer 1.
3.60 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Deltagerne var i gennemsnit var 77 år og som var i risiko for at blive genindlagt.
3.61 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Rekrutteret fra et Medicare register i et hjemmepleje distrikt i Connecticut.
3.62 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Kun et center men med flere kontorer.
3.63 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Forfatterne diskuterer selv den begrænsning, der ligger i det valgte design. Svagheden opvejes af en god matchning. Studiet viser, at det var mindre sandsynligt, at borgere, der har modtaget ”restorativ pleje” blev genindlagt (OR 0.68 CI 0,43 - 1,08)

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter, titel: Lewin G Miguel KDS, ulman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D, Vandermeylen S. A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults **Tidsskrift, år:** Health and Social Care in the Community 2013; 21(1), 69-78	
Checkliste udfyldt af: BGJ og YAH	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	
1.71 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja. 1 At teste effekten af et nyt paradigme: Home Independence Program (HIP) for ældre i forhold til at reducere serviceydelser.
1.72 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja: 2 Hele gruppen: Ja, via assistent/ tlf. interview og IT randomisering. Subgruppeanalyser: Tlf. interview mhp samtykke om yderligere deltagelse i forskning, indtil der vare opnået 150 i hver subgruppe
1.73 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	2: Tilstrækkeligt Interventionsgruppen havde i mindre grad en tæt pårørende, og var i højere grad alene boende. Subgruppe grupperne afveg på lignende måde.
1.74 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	2. Tilstrækkeligt. Den, som randomiserede borgere til Interventions- eller kontrolgruppe, var ikke blindet, men fulgte et IT system efter at have gennemført et tlf interview, der skulle afdække hvorvidt borger opfyldte inklusion kriterier.
1.75 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Tilstrækkeligt opfyldt: 2 Borger: Ikke blindet Sundhedsprofessionel: Ikke blindet Randomiseringsoperatør: Ikke blindet Forskningsassistent, der allokerer til subgrupper via tlf. interview: er blindet Forskingsassistenten, der udfører interviews med borgere: Blindet.

1.76	Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Tilstrækkeligt opfyldt: 2 Primær effektmål: Servicevariation mellem interventions- og kontrolgruppe i forhold til personlig pleje via rutinemæssige parametre via IT system (COMCARE): Binære variable ja/nej behov for hjælp til personlig pleje. V. 3 mdr og 1 år Sekundære mål: (subgruppeanalyser) Interviewprotocol (Primary assesment form) baseret på Activities of daily living (ADL), Instrumental activities of Daily living (IADL) baseret på Modificeret Barthel; TUG, Livskvalitet: The assesment of Quality of Life Scale. Målt baseline, efter 12 ugers intervention samt 9 mdr senere. Hvad angår de sekundære effektmål er det uvist om de validerede tests er anvendt uden modifikationer.
1.77	Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja. 1. Kontrolgruppen modtog standard hjemmepleje.
1.78	Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Tilstrækkeligt opfyldt: 2 750 personer blev randomiseret. Interventionsgruppe Primære mål: 375/375 Sekundære mål: 100/150 i subgruppe efter1 år. Kontrolgruppe: Primære mål 375/375 Sekundære mål:98/150 i subgruppe NB I subgruppeanalyser frafald sv. t. 1/3 men i lyset af målgruppe formentligt acceptabelt
1.79	Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	Ja:1 Der er foretaget såvel *Intention to Treat*, såvel som *as treated*. Idet borgere, der uanset årsag ikke fulgte interventionsprogram efter 2 uger, automatisk overgik til kontrolgruppestatus.
1.80	Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ikke relevant for dette studie.

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.29 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	(+)
2.30 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Der er fortaget højde for baselineforskelle i de statistiske analyser.(+) Der er forskelle i baseline (-) Tlf. interviewere, der randomiserede, var ikke blindet, og har påvirket randomiserings processen. (-) Der kan være sket fremskridt i interventionsgr. Før forsøgsprotokol blev implementeret dvs mindre forskel ml. intervention/kontrolgr Der kan være kontamination ml. kontrol og interventionsgr (-) da konceptet om restorativ indsats gradvist er implementeret i organisationen. Dette tenderer mod underestimering af effekten.
2.31 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Ja, det er et stort studie, og primær outcomes synes klar.
2.32 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, Gns alder er 81/82 år. Der er tale om ældre + 65år hjemmeboende.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.64 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Konventionel hjemmepleje versus en restorativ model.
3.65 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Primær effektmål: Servicevariation mellem interventions- og kontrolgruppe i forhold til personlig pleje via rutinemæssige parametre via IT system (COMCARE): Binære variable ja/nej behov for hjælp til personlig pleje. V. 3 mdr og 1 år Sekundære mål: (subgruppeanalyser) Interviewprotocol (Primary assesment form) baseret på Activities of daily living (ADL), In-strumental activities of Daily living (IADL) baseret på Modificeret Barthel; TUG, Livskvalitet: The assesment of Quality of Life

		Scale. Målt baseline, efter 12 ugers intervention samt 9 mdr senere. Hvad angår de sekundære effektmål er det uvist om de validerede tests er anvendt uden modifikationer.
3.66	Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	Screende: 2108, heraf 826 ekskl, samt 532 da den restorative service ikke var tilgængelig ifht hjemmet. I alt 750 inkluderet og randomiseret i alt 750 i hver gr
3.67	Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Primære effektmål: OR for behov for personlig pleje efter 3 mdr: for interventionsgr vs kontrol: 0.18 (P< 0.001) OR for behov for personlig pleje efter 12 mdr for interventionsgr vs kontrol: o,22 (P<0,0001) Sekundære effektmål: Ingen konsistente fund over 3,12 mdr for subgruppeanalyser
3.68	Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja, P-værdier v. 95% confidenceinterval, SD værdier
3.69	Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Gns alder 82/81 år SD= 7 år. Hjemmeplejemodtagere i eget hjem. Der er ikke funktionsevnestatus med i Baseline tabel.
3.70	Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Bymæssig bebyggelse omkring Perth Australien
3.71	Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	1 stor privat leverandør af hjemmepleje
3.72	Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Forfatterne fremhæver at resultatet er validt for personer, som selv ønsker indsatsen, eller er blevet henvist hertil.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

Bilag 10

Kommune X, enhed Z **LOGO**

EVIDENSBASERET INSTRUKS

SYSTEMATISK MÅLSÆTNING I REHABILITERING

FORMÅL

Systematisk målsætning i rehabilitering til borgere, + 65 år, med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.

MÅLGRUPPE

Borgere +65 år med behov for praktisk hjælp eller pleje, der modtager rehabilitering hjemme. Borgere med let til moderat nedsat funktionsevne, i stand til at indgå i en samtale og med ingen eller diskrete kognitive problemstillinger (se den kliniske retningslinje, bilag 7 og 8).

SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og –hjælpere, ergo- og fysioterapeuter samt andre sundhedsprofessionelle, der har ansvar for planlægning og udførelse af rehabilitering i hjemmet af borgere med behov for personlig pleje og /eller praktisk hjælp i hverdagen.

DEFINITION AF BEGREBER

Systematisk målsætning
Konsekvent brug af et gennemprøvet redskab eller metode som kan hjælpe borger og fagperson til, i samarbejde, at sætte individuelle mål for indsatsen. I målsætning indgår målidentifikation, målforhandling, planlægning og evaluering.

Rehabilitering
Rehabilitering, der tilbydes ældre borgere med funktionsevnenedsættelse og deraf følgende behov for personlig eller praktisk hjælp efter Lov om Social Service §83 og §86. Indsatsen foregår hjemme eller i nærmiljø, ydes af forskellige sundhedsaktører og er rettet mod at bibringe eller bevare størst mulig autonomi i hverdagen.

Funktionsevne
WHO´s internationale klassifikation af funktionsevne og - nedsættelse samt helbredstilstand (ICF) anvendes som reference. Begrebet omfatter både fysisk -og mental kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. En persons funktionsevne er bestemt af samspillet mellem helbredstilstand og kontekstuelle faktorer.

ANBEFALNG

Rehabilitering hjemme, målrettet borgere +65, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp bør inkludere systematisk målsætning, som foregår i et samarbejde mellem borger og fagpersoner.

Målsætning anbefales at rumme følgende elementer hos borgere med let til moderate funktionstab, som har behov for hjælp til en eller flere daglige aktiviteter:

- Systematisk identifikation af borgeroplevede problemområder
- Forhandling af målsætning over flere seancer
- Kortsigtede og langsigtede mål
- Inddragelse af pårørende
- Tværfaglig kommunikation omkring borgers mål
- Udarbejdelse af en individualiseret handleplan ud fra fælles aftalte mål
- Løbende justering af mål og handleplan efter behov.

LOKAL HANDLINGSANVISNING

Lokale arbejdsgange og rutiner relateret til instruksen, inklusiv dokumentation.

KOMPETENCER

Litteraturen, der ligger til grund for denne kliniske retningslinje, har vist, at følgende kompetencer forudsættes:

Borger og pårørende
Kunne indgå i dialog og beslutte målsætningen i et rehabiliteringsforløb.

Sundhedsprofessionelle
Viden om rehabilitering og aktivt samarbejde mellem borger, pårørende og sundhedsprofessionel i udarbejdelse af målsætning og planlægning af forløb.
Endvidere:

- Udredende: Identifikation af borgeroplevede problemområder. Løbende vejledning,

koordination og evaluering af forløbet.

- Udførende: Tværfagligt samarbejde, kommunikation og dokumentation omkring borgerens mål og handleplaner. Kunne indgå i praksisnær refleksion og læring.

Organisatoriske
Udvikle strategi og rammer for målsætning. Fx sikre at relevante kompetencer er til stede, etablere funktionerne "kontaktperson" og "koordinator" for rehabiliteringsforløb.

LOKALE SPECIFIKATIONER

Kontaktpersoner og disses telefonnumre og mailadresser

RETNINGSLINJEN, SOM INSTRUKSEN ER AFLEDT FRA

Systematisk anvendt målsætning i rehabilitering af borgere +65 år, med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.

GODKENDELSE

Den ansvarlige for at autorisere ibrugtagelse af instruksen

DATO FOR INSTRUKSENS UDLØB - ANSVARLIG KONTAKTPERSON/PERSONER

Dato XX. XX. XX. – anføres, når den kliniske retningslinje, som ligger til grund for instruksen, er endeligt godkendt af Center for kliniske retningslinjer og dato for udløb er fastlagt

Ansvarlige kontaktpersoner – f.eks. ift. hvordan instruksen bruges, eller ift. hvordan der dokumenteres i forbindelse med brug af instruksen