

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET/  
STATENS HELSETILSYN

# **«Modellene som forsvant»**

**Sluttrapport fra evalueringen av  
forsøksvirksomhet med modeller  
innen rehabilitering**

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET/  
STATENS HELSETILSYN

# «Modellene som forsvant»

## Sluttrapport fra evalueringen av forsøksvirksomhet med modeller innen rehabilitering

SLUTTRAPPORT



**AGENDA** UTREDNING & UTVIKLING AS  
Malmskrivervn 35 A • Postboks 542 • 1301 Sandvika  
Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41  
Ref: R1194c.IS

**AGENDA** UTREDNING & UTVIKLING AS

Postboks 542, 1301 Sandvika • Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41

<b>Oppdragsgiver:</b>	Sosialdepartementet/ Statens helsetilsyn		
<b>Rapportnr:</b>	R1194c.IS		
<b>Rapportens tittel:</b>	«Modellene som forsvant» Forsøksvirksomhet med modeller innen rehabilitering		
<b>Spesifikasjon:</b>			
<b>Tidsfrist:</b>	1. oktober 1996	<b>iflg</b>	avtale
<b>Ansvarlig:</b>	Irene Sørås		
<b>Kvalitetssikring:</b>	Richard H Knoff	<b>Verifisert:</b>	(dato) (sign)

---

## FORORD

I 1992 fattet Stortinget vedtak om en sterkere prioritering av arbeidet med rehabilitering. På bakgrunn av dette igangsatte Sosial- og helsedepartementet et treårig forsøksprogram med sikte på å utvikle modeller innen rehabilitering. Arbeidet med oppfølgingen ble i 1993 overført til Statens helsetilsyn.

Det var tidlig klart at forsøksvirksomheten skulle evalueres. I 1992 ble Asplan Analyse engasjert til å evaluere fem av de igangsatte forsøkene. Agenda Utredning & Utvikling AS fikk fra 1.1.95 i oppdrag å fullføre evalueringen. Denne rapporten utgjør den tredje og siste evalueringsrapporten fra forsøksvirksomheten. Rapportene omhandler forskjellige temaer og kan leses hver for seg. Vi har imidlertid lagt vekt på at sluttrapporten skal gi et mest mulig dekkende helhetsbilde. For å få et komplett bilde av forsøksvirksomheten bør imidlertid alle rapportene leses.

Evalueringen er gjennomført av cand polit Irene Sørås. Cand psychol Richard H Knoff har vært ansvarlig for kvalitetssikringen.

En takk til alle ansatte i helsetjenesten ved de stedene som har vært inkludert i evalueringen. De har avsatt tid, stilt velvillig opp og delt sine erfaringer.

Sandvika, 1. oktober 1996

Agenda Utredning & Utvikling AS

---



---

# INNHOOLD

1	BAKGRUNN, TEMA OG METODE	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Tilnærming og tema i evalueringen	7
1.3	Metode	9
2	RESULTATENE AV FORSØKSVIRKSOMHETEN	11
2.1	Problemstillinger	11
2.2	Resultatene fra de enkelte forsøkene	12
2.3	Sammenligning med kontrollenheten	25
2.4	Vurderinger og konklusjoner	26
3	PROSESSEN OG IVERKSETTINGEN	31
3.1	Problemstillinger	31
3.2	Hvordan iverksettingen skjer	31
3.3	Forsøksmidler - til hvem?	34
3.4	Vurderinger og konklusjoner	35
4	STYRINGEN AV FORSØKSVIRKSOMHETEN	36
4.1	Problemstillinger	36
4.2	Styringen fra sentralt hold	36
4.3	Styringen fra fylkeslegene	38
4.4	Styringen fra fylkeshelsesjefene	39
4.5	Styringen fra lokalt hold	39
4.6	Vurderinger og konklusjoner	40
5	ORGANISERING AV REHABILITERINGSTJENESTENE	41
5.1	Modeller for organisering	41
5.2	Organisasjonsmodeller i kommunene	41
5.3	Organisasjonsmodeller på sykehusnivå	45
6	AVSLUTNINGSVISE ANBEFALINGER	48

---



# 1 BAKGRUNN, TEMA OG METODE

## 1.1 Bakgrunn

I St meld nr 41 (1988-89) *Nasjonal Helseplan* ble rehabilitering utpekt som et satsingsområde. Det rådde politisk enighet om at området rehabilitering hadde blitt lite prioritert sammenlignet med tilsvarende områder, som f.eks. attføring/yrkesrettet rehabilitering eller gjennomgang av kurbadene og rekonvalesenthjemmene.

Til tross for politisk enighet om at noe burde gjøres på området, har det vært få føringer fra sentralt hold på organisering og strukturering samt faglig innhold i rehabiliteringstjenestene.

I 1991 utga Helsedirektoratet «Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering», Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91. Her ble helsedirektoratets tanker om organisering på de ulike nivåer framstilt og intensjonen var at veilederen skulle være et insentiv til en forbedret rehabiliteringstjeneste.

Samme år ble det vedtatt å bevilge 6 mill kr til forsøksvirksomhet for modeller innen rehabilitering. Sosial- og helsedepartementet sendte ut en invitasjon til fylkeslegene om å igangsette forsøk med modeller innen rehabilitering. Det man fra sentralt hold var spesielt opptatt av, var utprøving av *modeller for hensiktsmessige organisatoriske løsninger* for rehabiliteringsarbeidet. Modellene skulle utformes med sikte på å få til et mer helhetlig og sammenhengende tilbud for pasientene, og å få til et bedre samarbeid mellom yrkesgruppene innen 1.- og 2.- linjetjenesten og mellom de to forvaltningsnivåene.



## 1.2 Tilnærming og tema i evalueringen

Evalueringen omfatter kun noen av de igangsatte prosjektene i forsøksporteføljen. I alt er *fem forsøk* er valgt ut. De fem er valgt på bakgrunn av at de nettopp tok sikte på å *prøve ut modeller for organisering av samarbeid mellom 1.- og 2.- linjen innen rehabilitering*. Siktemålet var at utprøvingen skulle gi erfaringer med ulike modeller for organisering og samarbeid.

*Hovedtemaene for evalueringen* er planleggingen, prosessen og resultatene av forsøksvirksomheten.

*Planleggingen* vurderes med tanke på hvorvidt det er samsvar mellom målutformingen på de ulike nivåene, og hvilke lokale tilpasninger som skjer underveis. Her inkluderes også evaluering av styringssystemene i prosjektene.

*Prosessenevalueringen* omfatter iverksettingen lokalt og hvilke erfaringer som gjøres på de ulike nivåene.

I evalueringen av *resultatene* har vi sett på effekten på samarbeidet mellom yrkesgrupper og forvaltningsnivåer og foretatt en grov kostnads--nyttevurdering av modellutprøvingene.

Undersøkelsen er lagt opp som en kombinasjon mellom *formativ* og *summativ* evaluering. De sentrale myndighetene ønsket en evaluering av prosessen underveis for å kunne gå inn og eventuelt justere kursen. I tillegg legger mandatet vekt på en oppsummerende evaluering av de endelige resultatene.

Det er gjennomført *tre evalueringsrunder* totalt. Den første evalueringsrunden ble gjennomført i 1993/94, den andre våren/sommeren 1995 og den siste er gjennomført sommeren 1996. De to første evalueringsrapportene var i hovedsak rettet mot planleggingen og iverksettingen. I denne siste rapporten legger vi hovedvekten på resultatevaluering, men gir en oppsummering av funnene mht planlegging og iverksetting.

Rapporten er bygget opp omkring disse hovedtemaene:

- Kapittel 2 omhandler resultatene av forsøksvirksomheten, kapittel 3 prosessen og kapittel 4 planleggingen og styringen av forsøksvirksomheten.
- I kapittel 5 gir vi en vurdering av ulike måter å organisere rehabiliteringstjenestene på, mens kapittel 6 oppsummerer våre anbefalinger.

Til hvert av hovedtemaene er det knyttet en rekke problemstillinger som evalueringen skal omfatte. Problemstillingene er utformet gjennom et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og konsulent ved evalueringens oppstart i begynnelsen av 1993. Problemstillingene er beskrevet mer detaljert innledningsvis i hvert av de tre kapitlene.

### 1.3 Metode

Evalueringen er basert på *intervju* som hovedmetode. Vi har intervjuet følgende:

- Representanter for de sentrale helsemyndighetene i Sosial- og helsedepartementet og i Statens helsetilsyn
- Prosjektleder i Statens helsetilsyn
- De lokale prosjektlederne
- Et utvalg ansatte ved sykehusenes somatiske avdelinger som arbeider med rehabiliteringspasienter, i det vesentligste fra medisinske og kirurgiske avdelinger
- Ansatte ved sykehusene som har vært direkte involvert i forsøksvirksomheten, f eks i opplæringsvirksomhet
- Teammedlemmer på sykehus eller i forsøkskommuner/bydeler
- Ansatte i helse- og sosialtjenesten i 4 forsøkskommuner/bydeler.

Intervjuene er gjennomført dels individuelt og dels i grupper.

Vi har også foretatt *kartlegginger* av rutiner ved pasientoverføring fra 2.-linje til 1.-linje ved hjelp av enkle registreringer ute i kommunene. Registreringene er foretatt to ganger for å få tak i endringer i løpet av forsøksperioden.

For å få en sikrere påvisning av eventuelle endringer i løpet av prosjektperioden har vi også sett på utviklingen innen organiseringen av rehabiliteringsarbeidet i en kontrollenhet. Kontrollenheten har vært Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Telemark Sentralsykehus, og deres samarbeid med en bydelssone i Skien kommune.

I tillegg til intervju og kartlegginger, har vi *foretatt gjennomgang av dokumenter* fra alle prosjektene, møtereferater, rapporter og annen skriftlig dokumentasjon.

## 2 RESULTATENE AV FORSØKSVIRKSOMHETEN

### 2.1 Problemstillinger

Med *resultater* mener vi både produkter og effekter. Med *produkter* av forsøksvirksomheten tenker vi på de *organisasjonsmodeller* som er prøvd ut, samt de rutiner, verktøy og arbeidsmåter som er utviklet og utprøvd.

Med *effekter* sikter vi til hvorvidt forsøksvirksomheten har medført *endringer i samarbeidsrelasjoner* mellom yrkesgrupper eller mellom forvaltningsnivåer i rehabiliteringsarbeidet. Vi har ikke hatt mulighet til å inkludere vurderinger av effekter for pasientene, dvs hvorvidt forsøksvirksomheten har medført et bedre rehabiliteringstilbud for ulike grupper av pasienter.

Vi vurderer for øvrig *samsvaret mellom medgåtte ressurser og nytten*. Denne vurderingen er basert på skjønn snarere enn matematiske formler. Ressursbruken vurderes i utfra de økonomiske midlene som er bevilget direkte til prosjektet samt den *meretid* som er medgått ifølge deltakerne. Nytten vurderes ut fra kvalitative nyttebetraktninger fra aktørene.

Nærmere presisert er problemstillingene i resultatevalueringen disse:

- Hvilke *organisatoriske modeller* er prøvd ut og hvilke *erfaringer* er høstet med dem?
- Har det skjedd noen *endringer i oppfatninger av rehabiliteringsbegrepet* i løpet av forsøksperioden?
- Har det skjedd noen endringer i *arbeidsmåter*?
- Hvordan har forsøkene virket inn på *samarbeidsrelasjonene mellom 1.-linjetjenesten og 2.-linjetjenesten*?
- Hvordan har forsøkene virket inn på *samarbeidet mellom de ulike yrkesgrupper i den kommunale helse- og sosialtjenesten*?
- Hvordan har forsøkene virket inn på *samarbeidsrelasjonene mellom avdelinger og yrkesgrupper i sykehusene*?

- Er det innført noen hensiktsmessige samarbeidsrutiner som sikrer at samarbeidet ikke blir for personavhengig?
- Står resultatene i forhold til de ressurser som er medgått?
- Hvordan har nytten vært i forhold til en effektiv anvendelse av ordinære tilskuddsordninger på sykehusets/fylkeskommunenes budsjett?

Med hensyn til *samarbeid* har vi vært spesielt opptatt av

- hvor bred tverrfagligheten er,
- hvorvidt kontakten skjer på personlig grunnlag eller i kraft av stillingsinnehaver,
- formaliseringsgrad,
- faste eller varierende deltakere,
- fast eller varierende kontaktpersoner,
- grad av teamarbeid.

## **2.2 Resultatene fra de enkelte forsøkene**

### **2.2.1 Ullevål sykehus og bydel Sagene Torshov**

Ved *Ullevål sykehus* har forsøket bestått i å lage og å gjennomføre et opplæringsprogram for personell på sykehus og i forsøksbydel, å prøve ut kartleggingsverktøy av funksjonsnivå for pasienter på ulike tidspunkt og å innføre nye rutiner for samhandling internt på post og mellom post og andre avdelinger.

Forsøket har vært avgrenset til slagpasienter, og prosjektet har dermed blitt forankret ved post 16, slagenheten under Geriatrisk klinikk, Avdeling for rehabilitering.

På post 16 har alle ansatte gjennomgått undervisningsopplegg. Vi sikter her til det undervisningsopplegget som ble utarbeidet som en del av forsøket, og som ble nærmere beskrevet i evalueringsrapport nr 2. Opplæringen har vært differensiert i den forstand at jo mer spesialisert utdanning man har hatt som utgangspunkt, desto mer opplæring er blitt gitt.

På posten har det skjedd endel endringer i arbeidsmåter. Tidligere var det postmøter der hver faggruppe tok opp sine pasienter og gjerne forlot møtet når de var ferdige. Nå er alle yrkesgruppene tilstede samtidig og gir sin vurdering av pasienten. Konklusjonen blir trukket på bakgrunn av felles opplysninger. Med på møtene er lege, primærsykepleier, slagsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom. Dersom saken er mindre kompleks kan gruppen være mindre.

De ulike yrkesgruppene går nå mer sammen omkring vurderinger, f.eks. ved pasientens måltid. Før rekvirerte man gjerne f.eks. ergoterapeut til en ADL-vurdering, uten å foreta en felles vurdering av behovet først.

Det avholdes 'tolvmøter' hver dag, der det utarbeides individuelle rehabiliteringsplaner for nye pasienter. I tillegg avholdes det egne vurderingsmøter når pasienten har nådd et stabilt funksjonsnivå. På vurderingsmøtene er alle de aktuelle faggruppene med sammen med pasient og pårørende. Slagsykepleier har ansvaret for innkalling, mens alle faggruppene har ansvar for å forbedre seg. Her tas forventninger og muligheter om framtidig funksjonsnivå opp. Erfaringene så langt er at dette er tidkrevende, men at det ser ut til å redusere omfanget av telefonhenvendelser fra frustrerte brukere og pårørende.

Personell på post drar ved behov på hjemmebesøk sammen med personell fra hjemmetjenesten i bydel en god stund før hjemsendelse.

Det har blitt utarbeidet mer strukturerte journal- og arkivsystemer. Systemene fungerer slik at alle til enhver tid skal kunne finne de nødvendige pasientopplysninger.

Mye tyder på at det internt på post 16 i større grad har utviklet seg til et tverrfaglig integrert samarbeid. Samtidig skal det ikke underslås at også her er det ulike faglige syn som preger samarbeidet. Høy turnover blant assistentlegene på posten har medført vansker med å innarbeide nye rutiner blant denne gruppen.

Det uttrykkes fra flere at slagpasienter er blitt satt på dagsorden gjennom prosjektet: «Det har blitt større status å arbeide med slagpasienter».

*Samarbeidet med de andre avdelingene* er langt på vei som før. Det er ikke innført nye rutiner for samhandling mellom post 16 og andre avdelinger.

I *forsøksbydelen Sagene Torshov* er det kun Torshov distrikt som har vært inkludert i forsøket. Allerede tidlig i prosjektperioden fikk vi inntrykk av at prosjektet var godt forankret i den administrative ledelsen i bydelen og at de sentrale lederne var engasjerte. Prosjektet ble lagt til Hjemmetjenesten. Det ble opprettet en styringsgruppe og en arbeidsgruppe i bydelen.

Prosjektet startet opp med bred deltakelse fra de ansatte i hjemmetjenesten på opplæringsprogrammet som ble gjennomført i regi av Ullevål sykehus. I alt 24 personer herfra deltok i opplæringsprogrammet. Med andre ord ble det nedlagt en god del ressurser i deltakelsen på prosjektet.

I forsøksbydelen Torshov er det ikke opprettet noen egen organisatorisk struktur for rehabiliteringsarbeidet. Det innkalles til tverrfaglige møter i Hjemmetjenesten i den grad det er nødvendig, og etableres ansvarsgrupper der det vurderes å være behov for det. Dette representerer imidlertid ikke noe nytt i forhold til slik bydelen jobbet tidligere.

*Rutinene for samhandling med sykehuset* som ble utarbeidet i prosjektet er utprøvd i bydelen. Rutinene angir hvilken instans som skal ta kontakt når. Kartleggingsverktøyet vedr pasientenes funksjonsnivå som skulle benyttes både på sykehus og etter hjemkomst til bydel, er blitt brukt kun i liten grad. Utprøvingen av rutiner og verktøy viste seg å bli *vanskelig* ut fra flere forhold. I bydelen erfarte man at pasientgrunnlaget i forsøksperioden var lite. I 1994 registrerte man 16 slagpasienter og i 1995 ca 9. De pasienter som ble skrevet ut var i tillegg relativt friske og velfungerende. Dermed ble det få pasienter å prøve ut verktøyet på. Når bydelen i tillegg er delt i fire soner, blir antall pasienter pr ansatt i bydelen lite.

Den viktigste årsaken til at det bød på problemer å prøve ut verktøyet, spesielt kartleggingsskjemaet var at det ble opplevd som ressurskrevende i en travel hverdag. Gjennomtrekken blant personellet i bydelen har vært stor. Flere av de tidligere entusiastene har sluttet i løpet av prosjektperioden.

Ellers er samhandlingsrutinene som før: Epikriser går til behandlende lege, sykepleier rapport til hjemmesykepleier, fysioterapirapport til fysioterapeut i bydel osv. Informasjonen er ikke samlet i større grad, men sendes til flere instanser som før. Det er ingen faste kontaktpersoner, verken på sykehuset eller i bydel. Man organiserer arbeidet rundt den enkelte pasient, og tar stilling til hvem som skal kontaktes og hvordan i hvert enkelt tilfelle.

En nyvinning i forhold til tidligere er at sykehuset (post 16) alltid sørger for at pasienten har en time med primærlege like etter utskriving.

### **2.2.2 Sentralsykehuset i Aust-Agder og Grimstad kommune**

Ved *Aust-Agder sentralsykehus* ble det ansatt en sykepleiekonsulent. Konsulentens hovedoppgave skulle være å fungere som bindeledd mellom avdelingene på sykehuset og kommunene. Det har imidlertid vært endel utskiftninger i denne stillingen. Siden opprettelsen har tre personer innehatt funksjonen.

Intensjonen ved ASA har vært at det skulle opprettes et ambulereende rehabiliteringsteam med sykepleiekonsulenten som koordinator. Pr i dag er dette teamet under opprettelse. Teamet er underlagt avdelingsoverlegen på Fysikalsk medisin og rehabilitering/revmatologisk avdeling. I dag ser teamet slik ut:

- Sykepleiekonsulent, 100 %
- Sykepleier, 100 %
- Fysioterapeut, 100 %
- Ergoterapeut, 50 %
- Lege fra fysikalsk medisinsk avd på konsultativ basis.

Fylkestinget vedtok i 1995 å gjøre stillingene faste. Etableringen har imidlertid vært beheftet med rekrutteringsproblemer, og teamet har bare såvidt kommet gang. Teamet har på intervjudtidspunktet pr juli 1996 kun hatt 5 pasienter.



Teamet skal ikke drive behandling, men ha en 'budbringer'- og veiledningsfunksjon. I tillegg skal teamet tilby undervisning overfor helsepersonell.

Ved sykehusteamet i Aust-Agder har man valgt å ta imot alle type pasienter med sammensatte lidelser. Det skal også kunne kontaktes av alle instanser.

I *Grimstad kommune* ble det i august 1994 som et ledd i forsøksvirksomheten opprettet et sentralt rehabiliteringsteam bestående av

- Kommunelege I (senere kommunelege II)
- Avdelingssykepleier ved Berge gård, koordinator
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sosialkonsulent.

Fra 1. januar 1995 skulle teamet være operativt i forhold til brukerne. Det sentrale teamet i kommunen viste seg å få en problematisk start. I løpet av den perioden teamet var i funksjon ble kun to pasienter henvist. Begge disse henvisningene kom fra kommunale instanser.

Teamet avholdt ukentlige møter, og brukte mye av den første tiden til å diskutere hvorfor man ikke fikk henvisninger og hvilken arbeidsform man skulle ha. Spesielt diskuterte man hvorvidt teamet skulle fungere som en ekspertgruppe for enkelte pasienter eller som en tett veiledningsinstans for de fire kommunale sonevise teamene som ble etablert allerede i 1990/91.

En annen viktig årsak til at teamet ikke kom skikkelig i gang, var at endel sentrale fagfolk i kommunen sluttet i løpet av prosjektperioden. Dette gjaldt både kommunelege, helse- og sosialsjef og en fysioterapeut som alle var aktive og engasjerte.

Teamet er inntil videre 'lagt på is'. Dette innebærer at teamet verken har faste møter, eller planer om å fortsette. På den annen side er det ikke fattet formell beslutning om å nedlegge teamet.

I Grimstad er det parallellt med forsøket innført sonevise rehabiliterings-team. Dette innebærer at det er innført faste møter der ansatte i sonene utgjør sonevise rehabiliteringsteam.

I *samarbeidet med forsøkskommunene* kan vi ikke spore noen særlige endringer. Intensjonene med forsøket var å utarbeide samarbeidsmodeller for forholdet mellom 1.- og 2.- linjen. Det har etter det vi har kunnet se, kun resultert i de intensjonsavtalene som ble beskrevet i forrige evalueringsrapport.

Sykepleiekonsulentene ved sykehuset skal være den som sykehusavdelingene gir melding til og som igjen skal gi melding til kommunene. Dette viser seg å skje i varierende grad.

Det er interessant å merke seg at Aust-Agder nå har startet et nytt toårig prosjekt med midler fra Sosial- og helsedepartementet. Siktemålet er «å prøve ut samarbeidsmodeller i forhold til kommunene». Det som tenkes er at det ambulerende rehabiliteringsteamet skal forsøke å få til ansvarsgrupper og rehabiliteringsplan for hver enkelt pasient. Teamet skal reise ut i kommunene i overføringsfasen og hjelpe kommunene i arbeidet med å etablere ansvarsgrupper og å lage rehabiliteringsplaner.

### **2.2.3 Haukeland sykehus og kommunene/bydelene i sektoren**

På *Haukeland sykehus* er det også opprettet et rehabiliteringsteam. Teamet er faglig knyttet til Avdeling for nevrologi, men administrativt lagt direkte under leder for Hode/hals-blokken.

I prosjektperioden hadde teamet 3,5 stilling, mens det pr i dag disponerer 6 stillinger.

Teamets sammensetning er:

- Sykepleier og koordinator, 100 % stilling
- Ergoterapeut, 100 % stilling
- Sosionom, 50 % stilling i prosjektperioden, nå 100 %
- Fysioterapeut, 50 % stilling i prosjektperioden, nå 80 %
- Lege, 40 % stilling.

Legen, en fysikalsk medisiner fra Nevrologisk avdeling, er i dag knyttet til teamet på konsultativ basis, med 6 timer pr uke.

Teamet har som oppgave å drive informasjon og veiledning om organisering av rehabiliteringsprosessen. Dette innebærer at teamet ikke driver kurativ virksomhet eller veiledning innen rehabilitering som sådan, men veiledning om hvordan kople hvilke instanser i aktuelle brukersaker.

Teamet har arrangert fylkeskonferanser om rehabilitering, og alt tyder på at dette er arrangementer som vil fortsette.

I den tiden det har eksistert har teamet brukt mye tid på «markedsføring» av seg selv, både internt på sykehuset og ute i kommunene. Teamet hadde 53 brukersaker første halvår 1994 og tilsvarende i samme periode i 1995.

*Internt på sykehuset* har teamet kontakt med andre avdelinger/poster i varierende grad. De avdelingene som det er mest kontakt med er bl a Ortopedisk avdeling, Nevrokirurgisk avdeling, Lungeavdelingen og Medisinsk avdeling, post 1. Måten samarbeidet foregår på varierer også. Teammedlemmene mener å ha erfart at det er nødvendig å ha ulike roller overfor ulike avdelinger. F eks blir nevrologisk avdeling framhevet som en avdeling som det er mye fellestenkning med. Forklaringen oppfattes å være at denne avdelingen beskjeftiger seg med kronikere, de har gjerne en totaltenkning rundt pasienten og er vant til å tenke på langsiktige løsninger. Dermed forventes det her at teamet har en rolle som en 'kvalitetssikrer' eller 'noen å tenke sammen med'. Dette representerer en annen tradisjon enn akuttenkningen på andre avdelinger. I forhold til f eks medisinsk avdeling har teamet erfart at de mer skal ha rollen som konkret rådgiver vedrørende hvor pasienten skal sendes.

Teamet innhenter opplysninger om brukeren fra post. Teammedlemmene deltar på postmøtene. Teammedlemmene opplever at det har utviklet seg til *gode tverrfaglige diskusjoner* i endel av disse møtene. Et reellt tverrfaglig samarbeid har man ennå ikke oppnådd, ifølge teammedlemmene, men teamet ser seg som en viktig pådriver for å få til et slikt samarbeid.

*Samarbeidet med kommunene* er i gang. Teamet har sendt ut invitasjon til 12 bydeler og 15 kommuner i lokalsykehusområdet med tilbud om besøk

av teamet. Det er helsesjefen eller kommunelege 1 som har vært adressat. Teammedlemmene har hittil reist ut til ca halvparten av de kommuner og bydeler som tilhører Haukeland sykehus' sektor. På disse reisene har teamet orientert om hvem de er og hvilken funksjon teamet har, og tilbudt undervisningsopplegg for kommunen. Halvparten av kommunene/bydelene har hittil benyttet seg av undervisningstilbudet. Undervisningen har bl a omhandlet RASK-rutinene. Erfaringene så langt tyder på at det er vanskelig å få kommunene til å bruke disse, men at de bruker deler av rutinene mer eller mindre ubevisst.

I Hordalandsprosjektene har intensjonen vært at arbeidet skulle organiseres rundt de individuelle rehabiliteringsplanene. I følge teamet har ingen kommuner laget en individuell rehabiliteringsplan fullt ut ennå.

Mye av innsatsen i forhold til *kommunene* har vært rettet mot å få til gode samarbeidsrelasjoner mellom sykehus og kommune/bydel. Teamet har i flere tilfeller fungert som en koplingsinstans mellom f eks fysioterapeut i kommunen og avdeling/post ved sykehuset. Det er imidlertid ikke blitt innført noen form for fast struktur i samarbeidet. Teamet mener det er best å få til samarbeid gjennom konkrete brukersaker mer enn gjennom mer prinsipielle diskusjoner. Man arbeider derfor ut fra hvert enkelt tilfelle, og hver enkelt kommune vurderer deretter hva som skal gjøres. Hver bruker får sin egen kontaktperson blant teammedlemmene etter type spørsmål og kapasitet. I de kommunene man har hatt kontakt med er det opprettet faste kontaktpersoner også ute i kommunene. Disse har ulike organisatorisk tilknytninger i kommunene, men utgjør en fast adresse i den enkelte kommune. Noe av innsatsen i forhold til sykehusavdelingene har vært å kople sykehusavdelingen/posten til denne faste kontaktpersonen.

Opprinnelig oppfordret de sentrale helsemyndighetene teamet på Haukeland sykehus til spesielt å betjene sentralsykehusfunksjonen. Dette har ikke blitt vektlagt av teamet. Det har blitt framholdt at grensen mellom «sentralsykehuspasienter» og «lokalsykehuspasienter» ikke er enkelt eller hensiktsmessig. Hvorvidt det er geografiske kriterier eller lidelsens kompleksitet som skal legges til grunn, oppleves som uklart.

Det vedtatt å opprette en egen Rehabiliteringsavdeling som skal være operativ fra 1.1.98. Denne avdelingen vil ha 22 senger, hvorav 6 er

opprettet pr i dag. Avdelingen vil kun ta imot komplekse, sammensatte kasus. Ansvars- og arbeidsfordelingen mellom Rehabiliteringsavdelingen og teamet er ennå ikke avklart. Det som er fastlagt er at teamet faglig skal knyttes til Rehabiliteringsavdelingen, men organisatorisk utgjøre en egen enhet underlagt Blokkleder.

På Haukeland sykehus oppsummeres de viktigste erfaringene fra teamets side at «rehabilitering» har fått sin plass i vokabularet, som noe annet enn tidligere, da det i første rekke betydde «å få folk opp på benken hos fysioterapeuten». Dernest hevder teamet at mens man før først og fremst tok sikte på å få pasienten utskrevet, tenker man nå mer samarbeid.

#### **2.2.4 Fylkessjukehuset på Stord og Stord kommune**

På *Fylkessjukehuset på Stord* ble 1.1.94 det opprettet et rehabiliterings-team bestående av

- Sykepleier, 100 % stilling
- Fysioterapeut, 100 % stilling
- Ergoterapeut, 80 % stilling
- Fysikalsk medisiner, 40 % stilling.

Teamet på sykehuset er lagt i linje under direktøren med sjefssykepleier som nærmeste overordnet. Den første tiden hadde teammedlemmene i tillegg ordinær stilling i andre avdelinger ved sykehuset. Først fra 1.9.94 ble de ansatt i teamet på prosjektbasis.

Teamet har definerte oppgaver og ansvar slik:

- «- Være en ressursbase med kontakt til 1.-, 2.- og 3.-linjetjenesten
- Arbeide for at rehabilitering blir en større og likeverdig del av behandlingstilbudet ved sykehuset og i kommunene
- Sørge for koordinering rundt brukerne og kontinuitet gjennom hele rehabiliteringsopplegget
- Ha kvalitetssikringssystem for egne aktiviteter rundt hver enkelt bruker

- Drive kompetanseoppbygging av seg selv og formidle kompetanse til andre samarbeidspartnere, via daglig arbeid eller mer formalisert opplæring.»

Den første tiden var medlemmene mye på kurs i forbindelse med prosjektet. Legestillingen sto vakant fra 1.1.96. Noe senere, 1.3.96, gikk fysioterapeut ut i permisjon, og det ble ansatt en vikar som også sluttet. Senere sluttet også ergoterapeut. Arbeidet har dermed blitt preget av stor turnover.

Målgruppen for teamet er personer som pga sykdom eller skade blir varig funksjonshemmet, og har behov for tverrfaglig rehabiliteringstiltak både i sykehus og etter de har kommet hjem. Teamet har fått henvist i alt 22 pasienter. Arbeidet i teamet har i hovedsak bestått av utredning av funksjonsdiagnose og kontakt med kommunene for å forberede utskrivning og få opprettet ansvarsgrupper.

Erfaringene i løpet av den tiden teamet fungerte, var at teamet ikke helt oppnådde den nødvendige aksept innad i sykehuset, spesielt ikke fra legene ved de øvrige avdelingene. Dette skjedde til tross for at teamet har brukt en god del ressurser på å markedsføre seg selv innad i sykehuset.

I en egnevaluering fra rehabiliteringsteamet blir problemene beskrevet slik:

«Rehabiliteringssatsingen mangler aksept og støtte hos sykehusets faglige ledelse. ...Teamet har ingen formell status, makt eller myndighet. Ved sykehuset er det få fagpersoner som gir støtte. Tvert imot betraktes teamet og arbeidet dels med skepsis og motvilje, og ses på som en trussel mot egne interesser. Disse tingene i kombinasjon hemmer arbeid og resultater».

Pr i dag er det ingen ansatt i teamet. Det er likevel vedtatt å beholde teamet. For tiden er stillingene utlyst, men det har vist seg problematisk å få besatt stillingene.

I 1996 ble det i tillegg til teamet opprettet et tverrfaglig rehabiliteringsforum der teamet og ansatte i medisinsk avdeling har vært tilstede. Forumet har i fellesskap foretatt kartlegginger av pasienter.

I *Stord kommune* har man valgt å la de ordinære pleie- og omsorgsteamene i hver sone avsette egen tid til rehabiliteringssaker. Det avsettes faste møter hver 14. dag. I kommunene er det dermed tre rehabiliteringsteam. Hvert team ledes av soneleder og består av:

- Soneleder (sykepleier)
- Kommunelege med ansvar for sonen
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut.

Teamene tar opp alle typer pasienter som kan trenge rehabiliteringsopplegg, også pasienter som strengt tatt ikke er definert som rehabiliteringspasienter i Hordalandsprosjektet. Pasienter under 16 år sorterer imidlertid under Helsestasjonen. Teamet har ingen fast koordinator, utenom soneleder som naturlig nok tar koordinatoroppgavene. Det er en felles oppfatning i kommunen at man mangler logeped-kompetanse.

Ifølge teammedlemmene i alle de tre sonene er det et velfungerende samarbeid både internt i teamet og i forhold til andre etater.

Fylkeslegen har foretatt en undersøkelse blant alle kommunene i Hordaland der *Stord kommune* kommer rimelig godt ut sammenlignet med de andre kommunene. Pleie- og omsorgssjefen uttrykker at ansvaret for rehabilitering i kommunene er klart, og at medisinsk rehabilitering er beskrevet i de kommunale planene.

Teamene har forsøkt å prøve ut RASK-rutinene. Erfaringene så langt er ikke særlig oppmuntrende. Teammedlemmene vurderer rutinene som lite anvendbare i forhold til egne pasienter av flere grunner:

- Rutinene, dvs selve utfyllingen av skjemaet er administrativt ressurskrevende,
- Skjemaet passer ikke til de fleste pasienter som kommunen har, f eks eldre brukere.

Konklusjonen fra teamene er at rutinene passer best i forhold til yngre rehabiliteringspasienter med komplekse og sammensatte problemer.

Det er planlagt å opprette et sentralt rehabiliteringsteam i kommunen. Dette teamet skal arbeide med rehabilitering på et overordnet plan, men det er foreløpig ikke trådt i funksjon.

*Samarbeidet mellom sykehuset og Stord kommune* har ikke endret seg i løpet av forsøksperioden. Det er ikke innført nye rutiner for samarbeidet, og rehabiliteringsteamet oppleves som perifert i kommunen. Kommunen får sine henvendelser fra sykehusavdelingene som før. Den første kontakten går gjerne til fysioterapeuten i soneteamet som så kopler inn de øvrige.

### 2.2.5 Fylkessjukehuset i Odda og Odda kommune

Ved *fylkessjukehuset i Odda* ble det 1.3.1993 etablert et rehabiliterings-team bestående av:

- Sjefssykepleier
- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Ergoterapeut
- Lege gjennom kontaktlegeordning med medisinsk og kirurgisk avdeling.

Legen har vært konsultativt tilknyttet teamet.

Det har budt på store problemer å få bemannet teamet. Teamet har ikke blitt opprettet på permanent basis, men noen av medlemmene i teamet er blitt bedt om å fortsette i teamet til 1. juli 1996. På intervjuutidspunktet hadde teamet ingen fysioterapeut og ingen tilknyttet lege. Fylkeskommunen bestemte i 1996 dessuten at en av teamstillingene skulle overføres til fylkessjukehuset på Voss. Framtidsutsiktene for teamet ser dermed ut til å være heller dystre.

Rehabiliteringsteamet har hatt som oppgave å fange opp og avklare rehabiliteringskasus, starte opp behandlings- og motivasjonsarbeid og informere pasienten om egen tilstand og muligheter/rettigheter i oppfølgingen. Teamet skal i tillegg bidra med rådgivning og opplæring av helsepersonell på sykehuset. Teamet skulle arbeide utadrettet i forhold til



kommune lokalsykehusområdet, dvs Odda, Eidfjord, Jondal, Ullensvang og Etne.

Teamet har avholdt kurs for ansatte rundt om i kommunene. De har videre holdt informasjonsmøter for brukerne.

Ifølge teammedlemmene har forsøket resultert i at brukerne i større grad er blitt satt i sentrum. Arbeidet med enkeltbrukerne blir strukturert rundt den individuelle rehabiliteringsplan og man har benyttet et kartleggings-skjema for livskvalitet. Det blir i større grad også tatt kontakt med pårørende.

*Internt på sykehuset har teamet slitt med å bli akseptert av alle avdelingene. Noe av problemet tilskrives ustabil bemanning ved sykehusavdelingene. Teamet har tatt kontakt med avdelingene på formelt plan for å høre hvilket behov de har i rehabiliteringssammenheng, men responsen fra sykehusavdelingene har uteblitt.*

Erfaringene med innføring av rutinehåndboken, RASK, er at den «er blitt stående i hylla, på et lite tilgjengelig sted».

I *Odda kommune* ble det opprettet et rehabiliteringsteam som består av:

- Sykepleier (soneleder),
- Avdelingssykepleier ved Rehabiliteringsavdelingen ved Odda sjukeheim,
- Fysioterapeut,
- Tilsynslege.

Teamet har ikke avgrenset virksomheten til bestemte diagnoser. Teamet har fått henvist relativt få pasienter.

Teamet har slitt med store interne problemer. Diskusjonen har for en stor del drier seg om hvordan rehabilitering best kan drives, og skillelinjene har gått mellom yrkesgruppene. Legen som har vært tilknyttet teamet har vært lite entusiastisk.

Teamet er nå ikke i funksjon. Ifølge teammedlemmene er det ikke formelt nedlagt, mens kommunelegen mener teamet ikke lenger eksisterer.

Det ser ikke ut til at forsøksvirksomheten har hatt noen nevneverdig positiv effekt i kommunen. I følge fylkeslegens undersøkelse opplever ikke kommunelegen ansvaret for rehabilitering i kommunen som klart. Helsepersonellet i kommunen har fortsatt ingen felles forståelse for begrepet rehabilitering. I følge samme undersøkelse ser det ikke ut som om medisinsk rehabilitering blir prioritert særlig høyt i kommunen sammenlignet med andre obligatoriske oppgaver. På spørsmål om samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer tilfredsstillende, svarer kommunen 'nei'. Odda kommune har ennå ingen plan for medisinsk rehabilitering.

*Samarbeidet mellom sykehuset og Odda kommune* har vært preget av at Odda har slitt med interne problemer i teamet. Teamet i Odda kommune har fastholdt på at de ikke vil formalisere kontakten med sykehuset mer enn tidligere.

Kontaktmønsteret mellom sykehuset og Odda kommune er etter det vi kan spore som tidligere. Kontakten går direkte fra avdelingene til de enkelte faggrupper i kommunene, og teamet har ved flere anledninger opplevd å bli forbigått i saker det hadde vært naturlig å bli koblet inn.

I 1995 hadde teamet fått henvist 12 pasienter fra sykehuset, hvorav 5-7 var rene rehabiliteringspasienter. Etter teamets oppfatning har ikke sykehuset skilt mellom rehabiliteringspasienter og sykehjemspasienter.

### **2.3 Sammenligning med kontrollenheten**

Når det gjelder kontrollenheten, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Telemark sentralsykehus, fant vi i første evalueringsrunde at rehabiliteringsarbeidet var organisert tradisjonelt med en egen avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Samhandlingen med kommunene var tradisjonell, uten faste kontaktpersoner på sykehuset. De enkelte faggrupper tok kontakt med de respektive faggrupper lokalt. Ifølge den samarbeidende bydelen i Skien var utskrivingsrutinene preget av tilfeldighet og informasjonen ofte mangelfull.

I siste evalueringsrunde har vi fått opplyst at det også på TSS er startet et prosjekt innen rehabilitering finansiert av statlige midler. Prosjektet

omfatter opprettelse av et rehabiliteringsteam på sykehuset og siktemålet er å få til gode samarbeidsrutiner med 1-linjen.

Teamet på sykehuset er opprettet og består av 1/2 fysioterapeut og 1/2 ergoterapeut. Teamet skal primært arbeide med slagpasienter, men tar også mot andre type diagnoser. Innsatsen skal i første rekke rettes mot å få til samarbeidsrutiner med kommunene i lokalsykehusområdet, men vil også drive noe klinisk virksomhet. Arbeidet med å utvikle rutiner for samarbeid er i startfasen, men man tenker seg at teamet skal drive litt ambulant virksomhet. Foreløpig har man ikke fått istand noen konkrete rutiner for samhandling.

At det viser seg at kontrollenheten nå gjør det samme som forsøks-enhetene, må sies å være overraskende. Begrunnelsen for valget av TSS som kontrollenhet var nettopp at det ikke skjedde noen forsøksvirksomhet der. Når det faktisk skjer allievel, har vi mistet muligheten for å sammenligne resultatene med hva som skjer i en «normalenhet». Samtidig ser vi at det i såpass mange sykehus og kommuner gjennomføres forsøksvirksomhet og prosjekter, at denne type virksomhet kanskje best kan karakteriseres som det «normale».

## 2.4 Vurderinger og konklusjoner

Resultatene av de prosjektene vi har evaluert må etter vår vurdering karakteriseres som *beskjedne*.

Av mulige organisatoriske modeller for rehabilitering er det *kun teamorganisering som delvis er utprøvd* i løpet av prosjektperioden. Dette gjelder både på sykehus- og på kommunalt nivå. Ved fire av de fem sykehusene som vi har evaluert er det under etablering eller etablert egne rehabiliteringsteam: Haukeland sykehus, fylkessjukehuset på Stord og fylkessjukehuset i Odda og ved Aust-Agder sentralsykehus. Ved Ullevål går kontakten direkte fra post til bydel.

Det *har tatt atskillig lengre tid enn planlagt* å få etablert de nye organisasjonsenhetene som, dvs rehabiliteringsteamene. *Kun Haukeland sykehus har i dag et team som er operativt*, mens ved sykehusene i Odda, på Stord og i Aust-Agder er teamene fortsatt under oppbygging.

På Haukeland sykehus har teamet fungert uten nevneverdige problemer. Til forskjell fra de andre teamene arbeider Haukeland sykehus' team kun som rådgivende i forhold til organiseringen av rehabiliteringsarbeidet, og ikke direkte i forhold til det faglige rehabiliteringsarbeidet. Gjennomtrekket blant personale har ikke vært så stor her som i de øvrige teamene. Dette har trolig sammenheng med den mindre truende rollen dette teamet har i forhold til fagpersoner på andre avdelinger.

Teamet ser ut til å ha en viktig rolle når det gjelder å skape felles møteplasser for de som arbeider med rehabilitering i fylket, bl a ved konferanser og undervisning.

Ved Haukeland sykehus er det gode erfaringer ved nettopp ikke å ha senger tilknyttet teamvirksomheten. Man unngår derved å bli 'spist opp' av klinisk arbeid. Dermed kan tiden benyttes til å være pådriver og drive holdningsskapende arbeid i det daglige.

*Ullevål sykehus representerer en annen modell* ved at man har en egen rehabiliteringsavdeling for én bestemt diagnose. Her er det utarbeidet endel verktøy som benyttes internt på sykehus. Det er bl a utarbeidet et kartleggingsskjema som skal benyttes både ved sykehuset og i bydel. Dette skjemaet blir vurdert på samme måte ute i bydel: det er for tidkrevende og passer bare på en liten del av rehabiliteringspasientene.

Heller ikke i *kommunene* har vi kunnet spore noen større resultater. Det er opprettet egne rehabiliteringsteam i flere av tilhørende kommunene i sykehusområdene som er valgt ut for evaluering. Det gjelder i Odda, Grimstad og delvis i Stord. Sammensetningen av teamene i Odda, Grimstad og Stord må sies å være tverrfaglig, om enn i noe ulik grad. Alle teamene har med sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og lege.

Verken i Odda eller i Grimstad har man imidlertid maktet å etablere team som fungerer. *Kun Stord kommune ser ut til å ha en løsning som fungerer bra*, men som bare delvis kan kalles et rehabiliteringsteam.

Bakgrunnen på Stord ut til å ha vært spesielt gunstig. Etter det vi har fått brakt på det rene, har kommunen lenge hatt rehabilitering på dagsorden. Da prosjektet startet, hadde allerede kommunen utarbeidet en

rehabiliteringsplan. Kommunen hadde fra før tverrfaglige møter innen pleie og omsorg, og har nå tilpasset disse møtene ved å ta opp rehabiliteringspasienter i møtene i tillegg til andre typer pasienter. Før prosjektet startet hadde man innført møter om rehabiliteringspasienter, om ikke fullt så formalisert.

Det er *vanskelig å vurdere hva som er effekt av prosjektet* i Stord kommune og hva som ville skjedd uansett. Opprettelse av en plangruppen var slik vi har forstått det et konkret resultat av prosjektet. Etter de ansattes egne vurderinger har prosjektet medført *økt forståelse for at rehabilitering er en tverrfaglig virksomhet*, noe som ses som et konkret resultat av kurs- og konferansevirksomheten.

Felles for disse kommunene er at teamene organisatorisk er lagt *til pleie- og omsorgsetaten*. Koplingen til Helsetjenesten er ivaretatt ved at kommunelege er enten fast eller konsultativt medlem i teamene. Vi finner imidlertid noen variasjoner innen denne modellen. I Odda har det vært *ett rehabiliteringsteam* som har betjent begge sonene i kommunen, mens man i Grimstad har valgt å opprette *sonevise team* der sonelederne er teamledere.

Både i Grimstad og på Stord har man konkludert med at det er behov for et overordnet rehabiliteringsteam. Hva de overordnede rehabiliteringsteamene skal gjøre, har imidlertid ikke vært helt avklart.

Felles for både sykehusene og kommunene er at etableringen av rehabiliteringsteam har vært en *lang og tildels smertefull prosess*. Dette blir beskrevet mer i kapittel 3.

Når det gjelder *arbeidsmåter* synes det å ha *skjedd lite*. Til tross for at teamene er tverrfaglig sammensatt, er det kun post 16 på Ullevål sykehus som har dokumentert at de arbeider på andre måter enn tidligere. Ullevål sykehus ser ut til å ha fått en bedre struktur på det tverrfaglige samarbeidet, selv om heller ikke de kan sies å ha oppnådd et tverrfaglig integrert samarbeid i forhold til pasientene.

I Hordalandsprosjektene er det utarbeidet *rutiner for samarbeid* innen rehabilitering - RASK. Disse ble omtalt i evalueringsrapport nr 2. Ansatte i både Odda og Stord har vært på konferanse og fått presentert rutinene.

De har forsøkt å benytte dem, med det har vist seg vanskelig. Rutinene oppleves som *kompliserte* og *tidkrevende* og man bemerker at de *passer dårlig for mange pasienter*. Flere karakteriserer dem som «et skrivebordsprodukt».

Fra alle teamene hevdes det imidlertid at man *i større grad tenker helhetlig*. I dette legger de at flere yrkesgrupper i større grad ser at pasientene har behov for andre tjenester enn det de selv vanligvis tilbyr, dvs de ser mer på pasientens totale tjenestebehov. Fra Stord sies det at f eks sykepleierne er blitt flinkere til å trekke inn fysio- og ergoterapeuter.

Det primære siktemålet med forsøksvirksomheten var å *prøve ut modeller for samarbeid mellom 1.- og 2.-linjen*. Vi kan konstatere at *ingen av forsøkene har lyktes med dette*. Ved fylkessjukehuset på Stord kommer fortsatt de fleste pasientene fra avdelingene direkte til kommunen. Her har likevel teamet blitt opplevd som en kompetent og grundig faglig instans den korte tiden det var operativt. Teamet ved Haukeland sykehus får samme vurdering fra en av kommunene. Et hovedproblem ved teamene er imidlertid at de har hatt vansker med å bli fullt ut akseptert og benyttet av sykehusavdelingene.

Forsøksvirksomheten kan heller ikke si å ha hatt positiv effekt på samarbeidsrelasjonene. Tvert imot er det mye som tyder på at *etablering av tverrfaglige team har aksentuert og tydeliggjort ulike faglige ståsteder*, spesielt i kommunene. I det konkrete rehabiliteringsarbeidet rundt en pasient har ulike faglige tilnæringsmåter blitt synliggjort. Både i Grimstad og i Odda har dette skjedd.

At det har budt på problemer med å få etablert nye strukturer og å få disse operative, betyr ikke at det ikke har skjedd noe i forsøksperioden. Det er ved alle de sykehus og kommuner som har vært med *fattet vedtak om å opprette rehabiliteringsteam*. Til tross for politiske vedtak og interesse for å være med i forsøksvirksomheten, ser vi at resultatene gjerne har blitt team med stor turnover, rekrutteringsproblemer og få pasienter.

Generelt kan vi si at de kommuner som i utgangspunktet ikke hadde utvist spesiell interesse for rehabilitering, har hatt en atskillig vanskeligere vei å gå. *Spesiell interesse for og satsing på feltet kan dermed se ut til å være viktig for å få endringsarbeid i gang*. Uansett er det vår konklusjon at

*lederne* i den aktuelle organisasjon, enten sykehus eller kommune, må *forplikte seg til et aktivt engasjement og pådriverarbeid*. En annen avgjørende faktor er hvorvidt *legene ansvarliggjøres* og er aktivt med i rehabiliteringsarbeidet.

Når det gjelder *kostnads/ nytte*-vurderinger, er det kommet klart fram at *kostnadene* i forsøksperioden har vært høye. Midlene fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn har vært omlag *6 mill kr*. Forsøksvirksomheten har finansiert prosjektledere i alle forsøk. Ved fylkeslegens kontor i Aust-Agder har to personer fått finansiert prosjektledelse på deltid. I Hordaland er det finansiert én sentral prosjektleder og tre deltidsmedarbeidere. Ved Ullevål sykehus er det finansiert én prosjektlederstilling ved Geriatrikisk klinikk.

Mange ansatte i helse- og sosialsektoren opplever at de brukte mye tid på å være deltakere i forsøkene. Ansatte i både 1.- og 2.-linjen har brukt mye tid på deltakelse i styringsgrupper, arbeidsgrupper og møter, foruten konferanser og kurs.

Samtidig har de fleste gitt uttrykk for at *nytt*en i første rekke er knyttet nettopp til at de ansatte i helsetjenesten og tilgrensende tjenester har fått delta på kurs og konferanser. De aller fleste vurderer *konferansene og kursene som viktige fora* for å få til *en mer felles forståelse av rehabilitering* på tvers av yrkesgrupper. Flere har framhevet spesielt det positive ved at ledere og kollegaer har deltatt på samlinger og dermed forhåpentligvis fått større interesse og oppnådd større forståelse for rehabilitering og tverrfaglig tenkning. *Få* mener derimot at konferansene og samlingene har tilført *ny kunnskap for egen del*. Det er for øvrig lite som tyder på at kursene og konferansene har ført til *endret praksis* i arbeidsmåter eller samarbeidsformer.

## 3 PROSESSEN OG IVERKSETTINGEN

### 3.1 Problemstillinger

Problemstillingene i *prosessevalueringen* er følgende:

- Hvordan skjedde iverksettingen på de ulike nivåene spesielt i forhold til intensjonene sentralt (innhold, omfang, framdrift og kostnader)?
- Var det sikret tilstrekkelig med midler og fagressurser til å gjennomføre forsøkene slik at de ville dekke de viktigste aktivitetene?

### 3.2 Hvordan iverksettingen skjer

#### 3.2.1 Utviklingsarbeid har gått langsomt

Det kanskje mest iøynefallende trekket ved forsøksvirksomheten er den *treghet* som har preget endringsarbeidet. I samtlige forsøk har prosessen med å utvikle organisatoriske rehabiliteringsinstanser, rutiner eller verktøy tatt lang tid. Ofte har resultatet ikke stått i et rimelig forhold til ressursbruken.

Forsøksvirksomheten har langt på vei blitt papirøvelser. Både møtevirksomheten i styringsgrupper og arbeidsgrupper, samt endel av rutinebeskrivelsene har avfødt mange saksdokumenter, mens det har vært vanskelig å spore resultater i form av strukturelle endringer i form av andre måter å organisere rehabiliteringsarbeidet på.

Det er flere årsaker til at iverksettingen av forsøksvirksomheten har budt på problemer.



Det har i flere tilfeller skortet på vilje og forpliktelse fra ledelsen. Alle nivåer har slitt med høy turnover. Konfliktnivået har stedvis vært høyt. Både fra sykehusene og fra kommunenes side oppgir mange at utprøving av nye rutiner er vanskelig å få innpasset i en presset arbeidssituasjon, og rutinene er som tidligere nevnt blitt opplevd som kompliserte og arbeidskrevende.

### 3.2.2 Målforskyvning mellom forvaltningsnivåene

Et framtrekkende trekk ved forsøkene er den *vridning i mål og intensjoner* som har funnet sted mellom de ulike forvaltningsnivåer.

Fra sentralt hold ble det allerede i invitasjonen (brev av 20. november 1991) vektlagt at midlene skulle gå til

«modellforsøk for utprøving av modeller for hensiktsmessige organisatoriske løsninger, når det gjelder rehabilitering. ... Vi ser det som ønskelig at det settes i gang forsøk som er slik at en får fram samarbeidsrutiner innenfor fylkeshelsetjenesten - mellom rehabiliteringsavdeling og team, mellom avdelinger og mellom fylkeshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ...»

I Hordaland er det opprettet rehabiliteringsteam i alle kommuner som et ledd i en ordinær oppbygging av tjenestene. Som fortalt i evalueringsrapport nr 2 er det fra Hordalandsprosjektet sentralt lagt vekt på å utarbeide individuelle rehabiliteringsplaner og rutinene beskrevet i RASK. Begge disse er pasientrettede verktøy og representerer ikke rutineutvikling på systemnivå. I Aust-Agder har man utarbeidet intensjonsavtaler som er generelle, men som ennå ikke har ført til rutineforbedringer i samarbeidet, hverken mellom 1.- og 2.- linjen eller internt i 2.-linjen. Rutinene som er utviklet ved den siste forsøksenheten, Ullevål sykehus, er heller ikke forsøkt ut i særlig grad på bydelsnivå.

Alle disse momentene illustrerer at det har skjedd en vridning i mål og intensjoner underveis. Ingen av forsøkene har rettet innsatsen mot konkret utprøving av rutiner for samarbeid, men enten nøyd seg med rutineutvikling rundt enkeltpasienter eller rene beskrivelser av mulige samarbeidsordninger.

### 3.2.3 Tverrfaglighet - en konfliktfylt arena

En vanlig årsak til at prosessen har tatt lang tid i de ulike forsøkene, har vært *konflikter mellom yrkesgruppene* i helsetjenesten. Dette har medført problemer, spesielt i Odda og i Grimstad. Heller ikke prosjektet på Stord eller ved Ullevål har vært fritt for uenighet. Konfliktene har i hovedsak dreiet seg om ulike syn på hva rehabilitering er, hvordan rehabilitering best kan drives og hvem som bør ha ansvaret for rehabiliteringsarbeidet. De faglige konfliktene har i noen tilfelle også utviklet seg til personkonflikter.

Forsøkene innen rehabilitering er en god illustrasjon på hvordan ulike faglige ståsteder blir utfordret når et tverrfaglig integrert samarbeid skal forsøkes. Å endre egen arbeidsmåte og oppfatning av egne faglige begrensninger oppleves av mange som svært truende. Resultatet blir enten at vedkommende nedtoner betydningen av forsøksarbeidet, gir uttrykk for at dette ikke er noe nytt, går inn i åpne konflikter eller trekker seg ut av samarbeidet.

Felles for de prosjektene der konflikter har fått utspille seg er at *verken prosjektledelsen eller linjeledelsen har grepet inn og fått løst konflikten*. Konfliktene har gjerne fått gå over lang tid og prosjektet har 'rent ut i sanden', slik som i kommunene Grimstad og Odda.

### 3.2.4 Legene vanskelige å få med i samarbeid

Erfaringene viser at det flere steder *har budt på problemer å få legene med i rehabiliteringsteamene*. Det har vært tilfelle f eks i Odda, i bydelen Sagene Torshov og på Haukeland sykehus. I Stord kommune og delvis i Grimstad har imidlertid kommunelegene vist engasjement og vært aktive. Det synes som om det er personlige interesser hos den enkelte lege som avgjør hvorvidt man får legene til å prioritere deltakelse i et rehabiliteringssamarbeid eller ikke.

### 3.2.5 Uforpliktete ledere

Det er viktig å påpeke at flere har oppgitt at ledelsen ved sykehusene eller kommunene blir oppfattet som *lite engasjerte* og at forsøket har vært *dårlig forankret hos ledelsen*.

I de kommunene som forsøket har lidd under et høyt konfliktnivå, har verken ledelsen eller prosjektledelsen grepet inn og fått satt en stopper for uenigheten.

### 3.3 Forsøksmidler - til hvem?

Ett av spørsmålene i evalueringen er hvorvidt det var sikret tilstrekkelig med midler og fagressurser til å gjennomføre forsøkene, slik at de dekket de viktigste aktivitetene.

Midlene i forsøksvirksomheten har ifølge retningslinjene gått til *avlønning* av prosjektledere og prosjektmedarbeidere.

Vårt inntrykk gjennom intervjuene er at de statlige midlene har vært *tilstrekkelige* til å drive prosjektet på det nivået det har vært forankret. Vi har derimot fått mange innspill fra sykehusavdelinger og fra helse- og sosialtjenesten i kommunene om at det ikke er mulig å drive utprøving av nye verktøy eller rutiner i den ordinære linjetjenesten, fordi *kravet om nye arbeidsmåter kommer i tillegg til kravet om full effektivitet* i arbeidet.

Samtidig ser vi at *verktøy og rutiner ikke blir ansett som nyttige* av personellet nærmest pasientene. Det har vært en avstand mellom dem som har utarbeidet verktøyene og rutinene og dem som skulle ta dem ibruk.

### 3.4 Vurderinger og konklusjoner

Hva er det som gjør at noen av forsøksenhetene har kommet lenger enn andre og hatt en lettere prosess? Vi trekker følgende konklusjoner:

- Prosjektene må *forankres* ikke bare formelt, men *reelt* i *ledelsen*. Ledelsen må gå aktivt ut og markedsføre, og skape forpliktelse til prosjektet.
- Dersom rehabiliteringsarbeidet i kommunen reelt skal prioriteres høyere, er det vesentlig at *legene forpliktes* sterkere enn i dag. Nåværende lov gir få føringer i denne retning. Etter vår vurdering bør det utarbeides *en forskrift der ansvaret for rehabilitering beskrives nærmere*.
- I utviklingsarbeid der tverrfaglig samarbeid skal utvikles, bør yrkesgruppers ulike faglige ståsted ikke få sabotere et videre utviklingsarbeid. Dersom samarbeidsforholdene ikke fungerer tilfredsstillende bør det ytes *bistand til å løse problemene* dersom det ikke kan løses ved egen hjelp.
- Noe av problemet har er etter vår oppfatning at «fotfolket» ikke har vært med i utformingen av verktøy eller rutiner som er ment å skulle prøves ut. Felles for rutineene som er utarbeidet i Hordaland (RASK) og ved Ullevål sykehus, er at kommunene/bydel ikke har vært trukket aktivt med i utarbeidelsen. For å få til en utprøving bør noen av dem som er nærmest pasienten være med i utformingen av verktøyene slik at de blir mer formålstjenlige. Fotfolket bør *få frikjøpt tid* til dette formålet av prosjektmidler.
- Ved igangsetting av prosjekt som medfører utprøving av nye systemer eller rutiner bør det *avsettes ekstra ressurser nettopp til den enhet som får merbelastningen ved utprøvingen*.

## 4 STYRINGEN AV FORSØKSVIRKSOMHETEN

### 4.1 Problemstillinger

Styringen av forsøksvirksomheten evalueres med hensyn til følgende:

- Hvordan har styringen fra de sentrale helsemyndighetene fungert?
- Hvordan har departementets/helsetilsynets veiledning til fylkeslegene og fylkeslegens veiledning til prosjektene i forbindelse med utforming av forsøksmodeller fungert?
- Hvordan har styringen fra fylkeslegene, fylkeshelsesjefene og de lokale prosjektlederne fungert?
- Har det vært god nok prosjektstyringskompetanse i prosjektene?

### 4.2 Styringen fra sentralt hold

Den første perioden var ansvaret for forsøksvirksomheten innen rehabilitering lagt til Sosial- og helsedepartementet. Etter omorganiseringen av Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn ble ansvaret for forsøksvirksomheten overført til Helsetilsynet.

Det har vært etablert en styringsgruppe bestående av

- Avdelingsdirektør Håkon Melsom (i første del av prosjektperioden) tidl Avdeling for Helsetjenester
- Rådgiver Ingunn Aalvik, Helse- og sosialdepartementet (i første del av prosjektperioden).
- Avdelingsdirektør Marit Kromberg, Avdeling for primærhelsetjeneste
- Kontorsjef Inger-Lise Wiik. Avdeling for primærhelsetjeneste
- Prosjektleder Astri Teien, Avdeling for primærhelsetjeneste
- Førstekonsulent Elisabeth Wang, Avdeling for primærhelsetjeneste.

Styringsgruppen har hatt møter ca hvert kvartal. Arbeidet i styringsgruppen har bestått av å vurdere søknader om midler til nye prosjekter, å følge opp regnskap fra prosjektene og vurdere ev behov for justering av igangsatte prosjekter.

Prosjektleder har vært Sven Conradi, fysikalsk medisiner fra Sunnås sykehus. Han har vært ansatt først i 50 % stilling og senere i 20 % stilling. Hans oppgaver har vært å vurdere prosjektsøknader og å ha den daglige oppfølging av prosjektene ute.

Rehabiliteringsprosjektet kom i gang før Helsetilsynet satset på opplæring i prosjektstyring for sine ansatte. Det ble følgelig en mer 'tradisjonell' organisering av dette prosjektet enn det som er praksis idag. Det ble bl a ikke utarbeidet noen prosjektplan for virksomheten. Styringsgruppen fungerte ikke som et styringsorgan i tråd med nyere prinsipper for styring slik de er beskrevet i prosjektveilederen. Det ble f eks ikke sendt ut sakspapirer om saker som styringsgruppen skulle ta stilling til. Styringsgruppen ble i første rekke orientert om arbeidet via prosjektleder.

*Oppfølgingen av forsøksvirksomheten* ute er blitt ivaretatt ved at prosjektleder har reist ut til prosjektene for å etablere kontakt og følge opp. Ved behov er det også avholdt egne møter med prosjektledere. Det er blitt arrangert sentrale konferanser om rehabilitering der prosjektledere har fått møte de sentrale helsemyndighetene og andre prosjektledere, samt fått informasjon om andre planlagte og igangsatte forsøk.

Til tross for dette har vi fått konstatert at prosjektlederne og deler av styringsgruppene har opplevd en *svak og fjern oppfølging* fra sentralt hold. Prosjektleder i Helsetilsynet har vært *lite tilgjengelig* sett fra de lokale prosjektlederne. Flere mener at de har hatt *behov for veiledning* underveis for å kunne drive prosjektarbeidet bedre og raskere, bl a veiledning i å takle motstand og faglig uenighet.

*Kontakten mellom de sentrale helsemyndighetene og fylkeslegene* synes å ha vært tettest i begynnelsen av forsøksperioden, da ansvaret lå i departementet. Blant fylkeslegene er det noe ulike oppfatninger av styringen, avhengig av hvor involvert fylkeslegene har vært. I Aust-Agder har det naturlig vært en tett kopling til de sentrale helsemyndighetene i og med at prosjektet er lagt til fylkeslegens kontor. Alt i alt konkluderes det

med at styringen har vært noe fjern og at veiledning har man skaffet seg ev andre steder.

### 4.3 Styringen fra fylkeslegene

Styringen fra fylkeslegene har hatt varierende former i de prosjektene vi har evaluert. I Aust-Agder har prosjektledelsen vært lagt til fylkeslegens kontor. I Hordaland har fylkeslegen hatt observatørstatus i styringsgruppen, mens ved Ullevål sykehus har fylkeslegen ikke vært involvert i prosjektorganiseringen eller i gjennomføringen.

Å legge *prosjektledelsen til fylkeslegen* har vist seg å by på *vansker overfor institusjonene og kommunene* som skal iverksette endringene. Fylkeslegen har ingen styringsrett over sykehusene eller kommunene, og det at fylkeshelsesjefen har vært noe på sidelinjen i Aust-Agder ser ut til å ha medvirket til at prosjektet har endt opp med avtaler om samarbeid, istedenfor konkret utprøving av modeller for samarbeid.

I Hordaland har fylkeslegen og fylkeshelsesjefen hatt forskjellige syn på hva prosjektets mål skulle være, og fylkeslegen fant ut at det innebar en *rolleblanding* å sitte i en styringsgruppe, og samtidig ha tilsynsmyndighet over de fylkeskommunale institusjoner som ble omfattet av prosjektene.

På Ullevål sykehus har styringen fungert av prosjektet fungert tilfredsstillende internt, selv uten fylkeslegen. Vi ser likevel *behovet for en overordnet instans med i en styringsgruppe*. Når det i dette prosjektet har skjedd lite i forsøksbydelen, tror vi dette kan ha sammenheng med et for lite påtrykk på endringsarbeidet her. En sterkere representasjon av fylkeslege eller fylkeshelsesjef kunne ha bidratt til å opprettholde fokus mot bydel og øve et visst påtrykk til videre utvikling i prosjektet.

#### 4.4 Styringen fra fylkeshelsesjefene

I Hordaland har *forankringen til fylkeshelsesjefen* vært *sterk*. Dette har medført et nært samsvar mellom de planer som forelå fra fylkeshelsesjefen før prosjektperioden om rehabilitering og det som er blitt forsøkt gjennomført. At prosjektet i Hordaland skulle inkludere samtlige kommuner i fylket i prosjektet, kan ses som et uttrykk for at prosjektet nettopp tok sikte på en iverksetting av allerede vedtatt satsing innen rehabilitering, mer enn en utprøving av ulike modeller.

Det er grunn til å tro at opprettelse av rehabiliteringsteamet på Haukeland sykehus ikke hadde kommet istand dersom ikke prosjektledelsen var lagt til fylkeshelsesjefen. Internt på sykehuset var det delvis sterk motstand mot en slik organisatorisk enhet, og teamet ble opprettet etter sterk påtrykk fra fylkeshelsesjef og prosjektleder sentralt.

I de andre prosjektene har fylkeshelsesjefene vært lite inne i styrings-sammenheng.

#### 4.5 Styringen fra lokalt hold

De *lokale prosjektlederne* har utvilsomt gjort en *stor innsats* i forhold til forsøksvirksomheten. Dette gjelder uten unntak i de prosjektene vi har evaluert.

Til tross for dette har vi kunnet konstatere *store problemer med iverksettingen*, jfr kap 3. Problemene skyldes følgende:

- Prosjektledere har ikke hatt tilstrekkelig høy nok status i sykehuset eller i den kommunale organisasjonen til at prosjektet har fått innpass,
- Prosjektledere har opplevd manglende støtte hos ledelsen ved sykehuset eller i kommunene,
- Prosjektledere har ikke hatt kompetanse i å håndtere motstand og faglig uenighet.

Disse forholdene har ført til svak styring lokalt, om enn i varierende grad.



## 4.6 Vurderinger og konklusjoner

Flere av de problemene vi har kunnet konstatere med iverksettingen, må tilskrives *mangelfull styring*. Den lærdom vi har kunnet trekke av dette med hensyn til styring er følgende:

- Det bør gjennomføres en *sterkere styring* fra *sentralt hold* i form av en mer synlig prosjektledelse og tettere oppfølging av prosjektene. Prosjektleder bør ha minst 50 % stilling så lenge prosjektvirksomheten pågår.
- Forsøksvirksomhet bør *følges opp med veiledning*. Ved igangsetting av utviklingsarbeid bør det avsettes midler til veiledningsvirksomhet sentralt. Av kvalitetsikringshensyn bør de sentrale myndigheter enten stå for veiledning selv eller legge dette ut til et kompetent fagmiljø.
- Styringen av utviklingsarbeid bør *legges til linjeorganisasjonen*. Det innebærer at ansvaret for prosjekter bør enten legges til *fylkeshelsesjef* som har en styringsrett over fylkeskommunale institusjoner, eller til *helsetjenesten* i kommunene.

## 5 ORGANISERING AV REHABILITERINGSTJENESTENE

### 5.1 Modeller for organisering

For å sortere ut de aktiviteter som kan gå under betegnelsen 'organisasjonsmodell', er det nødvendig å definere begrepet nærmere.

Med *organisasjonsmodell* vil vi forstå

*et sett av stabile strukturer som regulerer arbeids- og ansvarsfordeling og samhandling. Organisasjonsmodellen angir dermed fordeling av makt, oppgaver og kommunikasjonskanaler.*

Med dette som utgangspunkt har vi sett på hva som er gjort for å prøve ut eller etablere organisasjonsmodeller i rehabiliteringsforsøkene. Vi drøfter modellene i lys av de erfaringene som er gjort i forsøkene, og gir en vurdering basert på generell organisasjonsteori.

### 5.2 Organisasjonsmodeller i kommunene

#### 5.2.1 Det kommunale ansvaret

Ansvaret for medisinsk rehabilitering er ifølge Lov om helsetjeneste i kommunen av 19. november 1982 §1-3 lagt til kommunen. Ifølge loven har kommunen disse hovedoppgavene innen medisinsk attføring:

- Å utarbeide en samlet plan for rehabilitering
- Å utarbeide en plan for gjennomføring, planlegging og koordinering av den enkeltes pasients rehabilitering.

Loven sier imidlertid ingenting om hvordan rehabiliteringsarbeidet i kommunen skal *organiseres*.

### 5.2.2 Fire ulike modeller for organisering av de kommunale rehabiliteringstjenestene

I forsøkene har vi sett tre ulike måter å organisere rehabiliteringsarbeidet på:

- A Et *sentralt tverrfaglig rehabiliteringsteam* i kommunen
- B Egne *tverrfaglige rehabiliteringsmøter* der det ordinære personellet i hver sone innen pleie- og omsorgstjenesten
- C *Ingen spesiell organisatorisk struktur* som ivaretar rehabiliteringsaker. Rehabiliteringssaker behandles som andre saker.

I tillegg kan vi tenke oss en fjerde modell:

- D *Egne organisatoriske enheter* for rehabilitering (avdelinger eller seksjoner).

I den første modellen kan rehabiliteringsteamet legges direkte under helsesjefen, men det vanligste er at teamet organisatorisk legges under pleie- og omsorgssjef.

I de øvrige modellene har rehabiliteringsarbeidet uten unntak vært lagt til organisasjonsenheten for Pleie og omsorg (også kalt Hjemmetjeneste eller Pleie, rehabilitering og omsorg). Dermed knyttes rehabilitering til hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjeneste, foruten fysioterapi, og til en målgruppe som altoverveiende består av eldre.

### 5.2.3 Vurdering av de kommunale modellene

Å opprette *egne rehabiliteringsteam (modell A)* i kommunen vil ha sine klare fordeler. Det blir avsatt personell og ressurser til å samle fagfolk til faste tider der rehabilitering prioriteres, og rehabilitering blir tema for diskusjon og forhåpentlig faglig utvikling i et tverrfaglig forum.

Ulempene er i første rekke knyttet de erfaringene som er gjort med teammodellen, nemlig at ulike faglige synspunkter på rehabilitering blir

synliggjort, og ofte vanskeliggjør et tverrfaglig samarbeid med økt kvalitet på tjenestene.

*Modell B, egne tverrfaglige rehabiliteringsmøter*, sikrer et minimum av oppmerksomhet omkring rehabiliteringspasienter. Samtidig er denne strukturen såpass løs at den vil være sårbar dersom ikke forpliktelsen til å møte opp er sterk nok. Modellen gir heller ikke gunstige vilkår for å utarbeide klart definerte og forpliktende mål og velge tilpassede virkemidler.

*Modell C, ingen spesiell organisatorisk struktur*, utgjør den vanligste organisatoriske rammebetingelse i kommunene. Erfaringene viser at rehabilitering ofte ikke får den nødvendige oppmerksomhet, prioritering eller status som skal til for at fagfeltet skal utvikles til tverrfaglige forpliktende arbeidsmåter. Denne modellen vil i enda større grad enn modell B medvirke til at mål ikke blir klart definert og at valg av virkemidler kan bli tilfeldige i rehabiliteringsarbeidet.

Den siste modellen, *en egen rehabiliteringsenhet i kommunen (modell D)*, ses på som ønskelig av mange fagfolk innen rehabilitering. En av fordelene med denne løsningen er at dette vil kunne løfte rehabiliteringsarbeidet både ressursmessig og statusmessig i kommunen, i større grad enn opprettelse av et team. Med denne modellen vil forholdene ligge vel tilrette for å lage klart definerte og forpliktende mål og virkemidlene vil kunne velges innen for det enheten har til rådighet. Modellen vil ikke avgrense målgruppen til den tradisjonelle målgruppen for Pleie- og omsorgsetaten, nemlig eldre.

*Ulempene* er i første rekke knyttet til *kostnadshensyn*. Mange norske kommuner er såpass små at en egen enhet for rehabilitering ikke er aktuelt. Vi stiller oss tvilende til om dette er noen god løsning for en gjennomsnittskommune. Dessuten er det urealistisk å få rekruttert kvalifisert fagpersonell til små og mellomstore kommunene, spesielt ergoterapeut og fysioterapeut.

Grunnlaget for å konkludere ut fra forsøks erfaringene er noe tynt, både fordi de organisatoriske løsningene ikke har kommet i gang eller ikke har fungert særlig lenge. De har videre slitt med mange problemer, og er delvis oppløst. Vi er likevel kommet fram til at det i store kommuner bør

*opprettes egne rehabiliteringsenheter dersom behovet for å prioritere feltet er sterk og tilgangen på fagpersonell er god.*

Rehabiliteringsenhetene bør være mest mulig tverrfaglig sammensatt, fordi ingen faggruppe kan ivareta rehabiliteringsfeltet alene. Basisbemanningen bør bestå av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Erfaringene viser at ansvarliggjøring av legene ofte er det springende punkt for å få til et kvalitativt godt tverrfaglig samarbeid. Å få kommuneleger og primærleger til å forplikte seg i et mer tverrfaglig arbeid er en av hovedutfordringene i rehabiliteringsarbeidet lokalt. Her må det angivelig utarbeides forskrifter som er mer presise enn dagens lovformulering.

I mindre kommuner bør kommunene kunne legge rehabiliteringsarbeidet til Helseavdelingen eller Pleie- og omsorgsenheten. Å legge arbeidsfeltet til Helseavdelingen vil kunne øke muligheten for å få legene forpliktet til et samarbeid, samtidig som feltet etter all sannsynlighet ville få høyere status. Faglig sett ville dette også kunne gi uttelling. Ved tilknytning til Helseavdelingen vil det lettere kunne bygges opp en rehabiliteringskultur enn om feltet blir plassert i en tradisjonell sykepleiekultur, som vi gjerne finner innen Pleie og omsorgsavdelinger.

Hvorvidt rehabiliteringsarbeidet er organisert som et team eller ikke har etter vår erfaring mindre betydning for hvorvidt tverrfaglighet og samordning fungerer bra. Forutsetningene for et godt samarbeid og et samordnet tjenestetilbud er i større grad knyttet til hvorvidt ledelsen og kommunelegen *reelt gir rehabiliteringsarbeidet prioritet, at en lege knyttes fast til rehabiliteringsarbeidet og at ledelsen griper inn og løser eventuelle konflikter.*

For øvrig vil *interkommunale samarbeidsløsninger* være gunstige for små og mellomstore kommuner. Ved at kommunene rekrutterer komplementær kompetanse kan f.eks. rekrutteringsproblemene lettere løses. Gitt en avklart ansvarsfordeling og teamet gis den nødvendige støtte fra ledelsen i samarbeidskommunene, vil interkommunale rehabiliteringsteam vil etter vår vurdering være et klokt svar på mange av de utfordringene som rehabiliteringsarbeidet står overfor i mange av våre kommuner.

## 5.3 Organisasjonsmodeller på sykehusnivå

### 5.3.1 Andrelinjens ansvar for rehabilitering

2.-linjen har ansvar for *spesialisert rehabilitering*. Med det menes rehabilitering som kommunen ikke kan forventes å ha kompetanse til å ivareta. Ifølge Helsedirektoratets veileder 3-91 er 2.-linjens ansvar følgende:

- Avdelingsvis og spesialisert rehabilitering av innlagte pasienter
- Vurdering av rehabiliteringspotensiale hos henviste pasienter
- Delta i utarbeidelse av individuelle rehabiliteringsplaner
- Veiledning overfor kommunehelsetjenesten
- Undervisning og kompetanseoppbygging både i den kommunale og i den fylkeskommunale helsetjenesten
- Forskning og utviklingsarbeid.

### 5.3.2 Tre modeller for organisering av rehabilitering på sykehusnivå

Vi finner i hovedsak *tre hovedmodeller* for organisering på sykehusnivå.

- A Et *sentralt rehabiliteringsteam* ved sykehuset
- B Et *rehabiliteringsteam som er faglig og administrativt underlagt en avdeling.*
- C En egen *rehabiliteringsenhet med senger*

Tre av sykehusene har valgt å opprette rehabiliteringsteam. Modell A finner vi ved fylkessjukehusene i Odda og Stord, modell B er valgt ved Sentralsykehuset i Aust-Agder, mens Ullevål sykehus fungerer etter modell C.

### 5.3.3 Vurderinger

De ulike alternativene for organisering av rehabiliteringsarbeidet på sykehus har alle sine fordeler og ulemper.

*Fordelene med et sentralt rehabiliteringsteam på sykehusnivå (modell A)* kan etter erfaringene med forsøksvirksomheten oppsummeres slik:

- Et sentralt rehabiliteringsteam på et sykehus ser ut til å kunne frigjøre seg fra det daglige kliniske arbeidet og få mulighet til å arbeide med systemendringer, f.eks innføring av nettverksbygging, rutiner og prosedyrer.
- Et sentralt rehabiliteringsteam på sykehuset kan bidra til at rehabilitering får større status internt.

Ulempene er flere, og vi har notert oss følgende:

- Et sykehusteam uten klinisk virksomhet og senger får gjerne legitimitetsproblemer innad i sykehuset. Uten en viss klinisk erfaring vil den faglige autoriteten ikke kunne holdes i hevd.
- Endringsarbeid innad i sykehus er vanskelig og tar tid. Å la medlemmene i et rehabiliteringsteam få ansvaret for å få sykehusavdelinger til å endre samhandlingspraksis internt og i forhold til kommuner er en tung prosess. Å skulle drive denne typen endringsarbeid krever særegen kompetanse fagfolk i helsetjenesten ofte ikke har.
- Et rehabiliteringsteam blir et ekstra ledd som gjør at informasjonen må gå via teamet istedenfor direkte fra avdeling/post til kommune/bydel. Dette representerer en fare for å informasjonsvikt.
- For pasientene betyr et ekstra ledd at de må forholde seg til flere personer, og det kan føre til manglende kontinuitet.
- Et rehabiliteringsteam er kostnadskrevenende. Det innebærer en lang periode med rekruttering, opplæring og en høy turnover.

Modell B, et rehabiliteringsteam som er faglig og administrativt underlagt en avdeling, vil ha mange av de samme fordelene som et sentralt rehabiliteringsteam. Vi antar likevel at arbeidsfeltets status blir høyere ved et sentralt team enn ved et team som er knyttet opp til én avdeling. En klar

fordel ved et team knyttet til en avdeling er at kontakten med den aktuelle avdelingen kan utvikles bedre.

Modell B vil langt på veg være heftet med de samme ulepeme som modell A. Et rehabiliteringsteam knyttet til én bestemt avdeling vil i tillegg ha langt større problemer med å få innpass i andre sykehusavdelinger, og vil av den grunn trolig måtte avgrense virksomheten til å gjelde bestemte diagnoser.

Modell C, en egen rehabiliteringsenhet med senger, vil ha sine klare fordeler. Tradisjonelt har rehabiliteringsavdelingene blitt oppbevaringsenheter i påvente av utskrivning. Med en aktiv rehabiliteringsinnsats er dette den modellen som utvilsomt vil gi høyest faglig status. Likefullt ser vi et faglig problem som lett vil oppstå med en slik løsning. Egne rehabiliteringsavdelinger vil måtte ta ulike typer diagnoser. Dermed blir spesialiseringsgraden mindre enn det vi ser f eks på slagenheten ved Ullevål sykehus. En lavere spesialiseringsgrad vil gjerne føre til lavere kvalitet på tjenestene.

Ut fra dette kan det se ut som om ulempene ved et rehabiliteringsteam er større enn fordelene. Vår konklusjon er at et rehabiliteringsteam på sykehusnivå er riktig satsing dersom endel forutsetninger er oppfylt.

- Ledelsen bør *forplikte seg til aktivt å støtte teamet* i oppstartsfasen. Dette innebærer at sykehusledelsen og nøkkelpersoner blant legene bør forplikte seg til å støtte eksistensberettigelsen og ta opp de ev vanskene som måtte komme.
- Teamet må ha en *leder*. Erfaring fra Haukeland sykehus der det i starten ikke var noen formell leder noe som skapte uklare ansvarsforhold. Alle i teamet mener det bør være én som har makt og myndighet og som har oversikt. Dette er i overensstemmelse med erfaringene fra de andre teamene.
- Teamet må ha med *en lege* som avsetter tid til deltakele, helst mer enn på konsultativ basis.
- Teamet bør *ikke drive behandling*. Et behandlende team kan bidra til å skape uklare ansvarsforhold og unødige doménekamper mellom teamet og avdelingene.



*Den beste måten å forhindre realisering av en endring er å si seg enig i målsettingene for endringen*

## 6 AVSLUTNINGSVISE ANBEFALINGER

### *Forsøksvirksomhet - velegnet stimulans til endring?*

Forsøksperioden var formelt over ved utgangen av 1995. Vi har kunnet fastslå at resultatene fra forsøksvirksomheten har vært beskjedne, og at iverksettingen har bydd på store utfordringer og at det har foregått målforskyvninger underveis.

De fem forsøkene vi har fulgt har tydelig demonstrert problemene med å igangsette endringer gjennom forsøksvirksomhet. Det har medført mange diskusjoner, samt konferanser/opplæringstiltak om rehabilitering, som muligens har avfødt økt bevissthet blant fagfolk. Vi har imidlertid sett få endringer i arbeidsmåter og organisering, og utprøvingen har bare kommet godt i gang i Ullevål-prosjektet og Haukeland sykehus. Noen modeller for samarbeid mellom sykehus og kommuner er ikke utprøvd i noen av forsøkene.

Dette illustrerer hvor vanskelig utviklingsarbeid er når det er stimulert av politiske prioriterte satsingsområder fra sentralt hold slik rehabilitering har vært. Rehabiliteringsforsøkene har synliggjort hvilke styringsproblemer som lett oppstår når sentrale myndigheter med sine begrensede muligheter til detaljstyring skal forsøke å oppnå politiske mål gjennom lavere forvaltningsnivåer, enten fylkeskommuner eller kommuner.

Vi vet fra andre statlige forsøk at resultatene i rehabiliteringsforsøkene ikke er enestående tilfeller. Et vesentlig spørsmål som bør reises er dermed *hvorvidt forsøksvirksomhet virkelig er et egnet virkemiddel for å få til endring.*

Svaret vil etter vår vurdering avhenge av ambisjonsnivå. Dersom bevilgningen sentralt er kun et symbolsk uttrykk for politisk velvilje

uten at noen kjenner seg forpliktet i forhold til ev resultater, kan midlene like gjerne deles ut til de ordinære tjenestene. Dersom man derimot virkelig intenderer å få til endring, f eks utprøving av nye modeller eller forsøks- og utviklingsarbeid, bør det *styres atskillig sterkere* enn å bevilge penger etter innkomne søknader og foreta en viss oppfølging av regnskap og aktiviteter underveis. Dette leder oss til følgende anbefalinger:

Dersom mange forsøk skal igangsettes samtidig bør enten sentrale myndigheter *avsette ressurser for å følge opp tettere*, eller det bør *engasjeres en overordnet profesjonell prosjektleder* som koordinator og pådriver. Noe av det mest framtreddende behovet i prosjektene har vært bistand til å se hva forsøksvirksomhet kan omfatte og myndighet til å gjennomføre endringer.

Bedre prosjektstyring vil med all sannsynlighet øke muligheten for at prosjekter lykkes raskere og lettere. Vi nevner:

- 1 En mer omfattende planlegging fra sentrale myndigheter der aktuelle forsøksenheter bidrar i utformingen av prosjektets innhold. Siktemålet må være at forsøksenheterne forplikter seg til å iverksette de aktuelle endringene.
- 2 Tildelingen av forsøksmidler bør være et svar på opplevde behov i kommuner eller på sykehusene.
- 3 Etablering av nettverk blant prosjektene slik at både prosess og innhold kan drøftes i egne fora. Konferanser der prosjektene presenterer seg og møtes er ikke tilstrekkelig. Nettverkene bør opprettes helt i starten av prosjektperioden og fungere som et forum for støtte og erfaringsutveksling. Opprettelsen bør skje med hjelp fra sentrale myndigheter, men drives videre i hovedsak av prosjektlederne selv.
- 4 En nøye vurdering av prosjektledernes kompetanse, der tidligere prosjektledererfaring, prosesskompetanse og faglig status tillegges vekt.

- 5 Det bør innføres et rapporteringssystem som synliggjør hva som gjøres i prosjektene, av endringsarbeid/forsøksvirksomhet. Rapporteringen bør være knyttet opp mot ressurstildeling.

### *Helseprofesjonene - en evigvarende strid?*

Et framtrekkende trekk i iverksettingen har vært uenigheten mellom de ulike faggruppene. I alle prosjektene dette vært synlig og i flere har uenigheten vært direkte destruktiv i utviklingsarbeidet.

På bakgrunn av at profesjonskampen innen helsesektoren har vært gjenstand for diskusjon i flere tiår, og at de fleste sentrale styringsdokumenter innen sektoren like lenge nettopp har vektlagt samarbeid og samordning av tjenester, kan det lett lede til pessimisme med hensyn til å få til løsninger som fungerer godt.

En del av løsningen ligger slik vi ser det i innholdet i de respektive helseutdanningene. Uten *grunnleggende reformer i profesjonsutdanningen* og en *felles faglig identitetsutvikling* vil stridighetene nok fortsette. Likefullt vil vi framheve noen momenter som ser ut til å fremme samarbeid mellom profesjonene, og ser ut til å være viktige for å få til tverrfaglig samarbeid:

- 1 At det utvikles en strategi fra samarbeidsorienterte personer. Fra ett av prosjektene ble betydningen av «å så en tanke, la den modnes, men ikke dø» framholdt som viktig. Det er viktig å ha med personer som er bevisste i forhold til at endringsarbeid skaper motstand, at ting tar tid og at man bør være strategisk med tanke på å få til samarbeid
- 2 At det avholdes tverrfaglige konferanser i regi av den sentrale myndigheter. Dette er viktig for å få til en felles forståelse av hva tverrfaglighet helsetjenesten, f eks innen rehabilitering er
- 3 At ledelsen forplikter seg og har vilje og evne til å gå inn i ev konflikter og håndtere dem på en konstruktiv måte.

