

Heidi Gautun og Arne Grønningsæter

Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid?

Prosjekt nevrologisk rehabilitering



Heidi Gautun og Arne Grønningsæter

**Kompetanseheving –
en vei til bedre samarbeid?**
Prosjekt nevrologisk rehabilitering

© Fafo 2002

ISBN 82-7422-391-8

ISSN 0801-6143

Omslag: Agneta Kolstad

Omslagsfoto: © Bjørn Rørslett / NN / Samfoto

Trykk: Centraltrykkeriet AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
Kapittel 1 Innledning	13
1.1 Problemstillinger	15
1.2 Framgangsmåte	16
Kapittel 2 Metode	17
2.1 Fokusgruppeintervjuene	17
2.2 Spørreskjemaundersøkelsene	18
2.3 Intervjuer med brukere	19
Kapittel 3 Kartlegginger og evalueringer av konkrete tiltak	21
3.1 Hvordan er prosjektet gjennomført?	22
3.2 Problemkartlegging i november 2000	23
3.3 Verktøy	24
3.4 Evaluering av enkelttiltak	25
3.5 Noen spørsmål til prosjektgjennomføringen	26
Kapittel 4 Hvordan beskriver ansatte samarbeidet?	29
4.1 Ansvars- og oppgavefordeling	29
4.2 Tilstrekkelig formalisert?	31
4.3 Informasjonsflyten	32
4.4 Utskrivning av pasienter	33
4.5 Veiledning av førstelinjen	37
4.6 Kjennskap til og bruk av rehabiliteringsteamet	39
4.7 Oppsummering	39
Kapittel 5 De ansattes vurdering av de kompetansehevende tiltakene	41
5.1 Tiltakene	41
5.2 Fornøyd med tiltakene?	43
5.3 Synlighet og nytte	43

5.4 Samarbeid og terskler	44
5.5 Samarbeid om individuell plan	46
5.6 Å se problemstillinger fra andres ståsted	47
5.7 Brukerne	48
5.8 Oppsummering	49

Kapittel 6 Hvordan har tjenestene og samarbeidet påvirket pasientene?

51

6.1 Noen gode historier og noen skrekkopplevelser	53
6.2 Overgangen mellom sykehuset og førstelinjen	54
6.3 Hvordan omtaler brukerne «prosjektet»?	56
6.4 Erfaringer med individuell plan	58
6.5 Oppsummering	60

Kapittel 7 Avslutning

63

7.1 Hva har prosjektet fått til?	64
7.2 Fortsatt utfordringer?	66
7.3 Hva mener ansatte om veien videre?	67

Referanser	69
Vedlegg 1 Intervjuguide til fokusgruppeintervju	70
Vedlegg 2 Spørreskjema til ansatte i kommunen/samarbeidende etater	72
Vedlegg 3 Spørreskjema til ansatte i AHUS	79
Vedlegg 4 Guide til intervju med brukere	85

Forord

Forskningsstiftelsen Fafo fikk våren 2002 i oppdrag å sluttevaluere et treårig samarbeidsprosjekt mellom nevrologisk avdeling i Akershus universitetssykehus og to forsøkskommuner, Rælingen og Ullensaker. Prosjektet nevrologisk rehabilitering er finansiert av Sosial- og helsedepartementet.

Vi vil gjerne takke prosjektgruppen, ansatte i sykehuset og i forsøkskommunene/samarbeidende etater som har stilt opp i fokusgruppeintervjuer samt deltatt i spørreskjemaundersøkelsene som evalueringen bygger på. Pasientene som har blitt intervjuet skal også ha en stor takk for å ha tatt godt imot oss forskere og for å ha delt sine erfaringer med sykdom, helsetjenester og prosjektet med oss. På oppdrag fra Fafo gjennomførte Opinion AS spørreskjemaundersøkelser blant ansatte i sykehuset og de to forsøkskommunene og samarbeidende etater. Marte Winsvold i Opinion har hatt ansvaret for å gjennomføre undersøkelsene og skal ha takk for et godt samarbeid. Takk også til Tora Gautun Finnvold for jobben med å skrive notatene fra fokusgruppeintervjuene og intervjuene med brukere inn på pc.

Referansegruppen som har bestått av Jan Janssen (Ullensaker kommune), Grethe (Lid) Rælingen kommune, Kirsti Hatlo Sørensen (Ahus), Antonie Beiske (Ahus) og Sigrunn Gjønnnes (prosjektleder for prosjekt nevrologisk rehabilitering, Ahus) skal ha takk for å ha bidratt med nyttige innspill, diskusjoner og kommentarer underveis. En referansegruppe med cirka 50 deltakere som har fulgt prosjektet om nevrologisk rehabilitering, kommenterte og diskuterte utkast til rapport i en samling den 18. november. Deltakerne som både er brukerrepresentanter og ansatte i sykehuset og kommunene bidro med spennende diskusjoner. Størst oppmerksomhet fikk Individuell plan, og hvilket potensial som ligger i denne.

Til slutt vil vi takke publikasjonsavdelingen ved Bente Bakken og Agneta Kolstad ved Fafo for ferdigstilling av rapporten.

Oslo, 19. november 2002

Heidi Gautun

Arne Grønningsæter

Sammendrag

Kapittel 1 Innledning

Akershus universitetssykehus (Ahus), nevrologisk avdeling, startet i 2000 opp et treårig prosjekt for å bedre samarbeidet mellom sykehuset og to forsøkskommuner, Rælingen og Ullensaker, om rehabiliteringspasienter. Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Forskningsstiftelsen Fafo fikk våren 2002 i oppdrag å sluttevaluere prosjektet. Evalueringen er begrenset til å vurdere de kompetansehevende tiltakene som er gjennomført i prosjektperioden. Følgende problemstillinger blir belyst i evalueringen:

- Hvordan har kompetansehevingstiltakene bidratt til å bedre samarbeid, og nedbygge terskler mellom nivåer?
- Hvordan fungerer samarbeidet i forhold til lovgivningens krav om individuelle rehabiliteringsplaner?
- Hvorvidt har de etablerte møtestedene bidratt til større evne til å se problemstillingene fra andre faggruppers ståsted?

Kapittel 2 Metode

For å belyse problemstillingene analyseres fire kilder med data:

- Dokumentasjon og undersøkelser som er gjennomført i prosjektperioden.
- To fokusgruppeintervjuer 6. og 8. mai 2002. Ett med 5 prosjektmedarbeidere og 3 ansatte fra nevrologisk avdeling Ahus. Den andre var med 2 prosjektmedarbeidere og 5 ansatte i førstelinjen fra de to kommunene som har deltatt i prosjektet.
- To spørreskjemaundersøkelser har blitt gjennomført blant alt personell i sykehuset og i forsøkskommunene og i samarbeidende etater som har deltatt i de kompetansehevende tiltakene i perioden juni til september 2002. Svarprosenten på undersøkelsen blant de ansatte i sykehuset er på 74 prosent, og blant ansatte i kommunene/samarbeidende etater på 51 prosent.
- Åtte informantintervjuer er gjennomført med pasienter i Ullensaker og Rælingen kommune.

Kapittel 3 Kartlegginger og evalueringer av konkrete tiltak

Det foreligger en omfattende og grundig dokumentasjon fra prosjektet som har vært til stor nytte for oss som sluttevaluerer prosjektet. Evalueringer, rapporter, milepæls-rapportering og så videre har også vært et nyttig verktøy for de som har jobbet i prosjektgruppen til å oppsummere, lære og justere kursen underveis. Vi spør likevel om prosjektet har funnet en god balanse mellom ressursbruk til dokumentasjon, evaluering og rapportering på den ene siden og direkte deltakelse på den andre. Eller om det har blitt brukt for mye ressurser på dokumentasjon.

Enkelttiltak har blitt evaluert av deltakerne umiddelbart etter at de har blitt gjennomført. Evalueringene har ikke som sluttevalueringen hatt som hovedhensikt å undersøke hvordan de enkelte tiltakene har fungert i forhold til prosjektets overordnede målsettinger. Evalueringene av enkelttiltak underveis har i hovedsak gått ut på å få tilbakemelding på fornøydhets. Deltakerne gir uttrykk for å være svært fornøyd med tiltakene de har deltatt på. Rapportene fra hvert tiltak gir et bilde av at prosjektgruppen har hatt stor vilje til oppsummere, lære og justere kursen underveis.

Kapittel 4 Hvordan beskriver ansatte samarbeidet?

En fjerdepart av ansatte i førstelinjen og to av ti ansatte i sykehuset svarer at de ikke opplever ansvarsforholdene mellom nevrologisk avdeling og kommunene som klart definert. Halvparten av de ansatte i kommunene og nesten fire av ti i sykehuset har latt være å svare på spørsmålet. Grunnen til at så mange opplever ansvarsforholdene som uklare, og til at mange også har latt være å svare på dette spørsmålet, ser ut til å skyldes at de fleste kjenner dårlig til håndboka om utskrivningsklare pasienter, det vil si samarbeidsavtalen mellom Ahus og kommunene. Både sykehuset og førstelinjen kan vinne mye på å gjøre de ansatte kjent med innholdet i samarbeidsavtalen.

Åtte av ti ansatte i sykehuset og fem av ti ansatte i kommunene opplever samarbeidet om utskrivning av pasienter som godt. De fleste mener samarbeidet er passelig formalisert, gir uttrykk for at de stort sett er enige om når pasienter skal skrives ut, og opplever utskrivningssituasjonen som rolig. Halvparten av de ansatte i førstelinjen opplever imidlertid at informasjon som pasienter får fra nevrologisk avdeling, skaper urealistiske forventninger om hva kommunen kan tilby av tjenester etter sykehusopphold. Kommunene har et ansvar for å gi eller gjøre informasjon om tjenestetilbudet lett tilgjengelig for ansatte i sykehus, og også brukere og pårørende. Fire av ti i førstelinjen uttrykker også at informasjonsflyten mellom avdelingen og dem ikke er god. Like mange sier at sykehuset ikke sender med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene som de sender kommunene for å varsle om pasienter som skrives ut fra sykehuset. En betydelig mindre andel ansatte i kommunene/samarbeidende etater, sammenlignet med ansatte i sykehuset, vet hvem de

skal henvende seg til i andrelinjen for å få svar på spørsmål. Nevrologisk avdeling har en utfordring i å vise kommunene hvem de kan ta kontakt med.

De fleste i førstelinjen er fornøyd med veiledningen som nevrologisk avdeling gir. Seks av ti forteller at de har god kjennskap til rehabiliteringsteamet, og nesten like mange sier at de bruker teamet svært eller nokså mye. Et flertall av de ansatte, både i sykehuset og i kommunene, foretrekker og ønsker i større utstrekning enn tilfellet er i dag, at veiledning gis både i sykehuset og i kommunene.

Kapittel 5 De ansattes vurdering av de kompetansehevende tiltakene

Informantene fra sykehuset har gjennomsnittlig deltatt på 3,26 av i alt ni kompetansehevende tiltak i prosjektperioden. De fra kommunene har gjennomsnittlig deltatt på 2,74 av i alt ti kompetansehevende tiltak. Undervisning om individuell plan og seminaret om veiledningsmetodikk er de to tiltakene som flest har deltatt på.

De ansatte uttrykker stor fornøydhet med alle tiltakene de har deltatt på. Nesten alle uttrykker også at de har opplevd prosjektet som synlig, og at tiltakene har vært nyttige.

Prosjektet ser ut til å ha gjennomført kompetansehevende tiltak som flere ansatte i sykehuset, sammenlignet med ansatte i de to forsøkskommunene, har opplevd som relevante for dem og deres arbeidsdag. Fire av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater svarer at det som prosjektet har arbeidet med, ikke har vært relevant for dem og deres arbeidsdag. Kun to av ti i sykehuset svarer det samme. På den annen side gir flere ansatte i kommunene/samarbeidende etater, enn i sykehuset, uttrykk for at prosjektet har gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering. Ni av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater, og syv av ti ansatte i sykehuset, svarer at prosjektet har gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering.

Opplever de ansatte at kompetansehevingstiltakene har bidratt til å bedre samarbeid og nedbygge terskler mellom nivåer? Åtte av ti, både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater, sier at prosjektet har bidratt til at terskelen mellom nevrologisk avdeling og kommunene og samarbeidende etater har blitt bygget ned, slik at det har blitt et bedre samarbeid om brukere. Like mange forteller at de kompetansehevende tiltakene har ført til at ansatte i de to linjene i større grad snakker samme språk. Åtte av ti mener også at tiltakene har ført til at de setter brukeren mer i sentrum, og at de har påvirket dem til å bli flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats.

Hvordan fungerer samarbeidet i forhold til lovgivningens krav om individuelle rehabiliteringsplaner? Ni av ti som har blitt undervist i og/eller blitt veiledet i bruk av individuell plan, forteller at de har fått god kjennskap til denne. Nesten alle som

har deltatt i tiltakene om individuell plan sier at disse har bidratt til et bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om brukere. Ni av ti opplever at tiltak om individuell plan har ført til at de har fått større bevissthet om brukermedvirkning. Atten av de 20 informantene som har fått støtte og veiledning i utarbeidelsen av individuelle planer sier at støtten og veiledningen fra prosjektet har vært til hjelp.

Opplever de ansatte at prosjektet har bidratt til en større evne til å se problemstillingene fra andre faggruppers ståsted? Åtte av ti i begge undersøkelsene forteller at prosjektet har bidratt til et bedre samarbeid om brukere mellom faggrupper på deres arbeidssted. Åtte av ti hevder at de kompetansehevende tiltakene har ført til et bedre tverretatlig samarbeid.

Kapittel 6 Hvordan har tjenestene og samarbeidet påvirket pasientene?

Åtte brukere har blitt intervjuet om hvordan de vurderer 1) sykehusets og kommunens tjenester, 2) overgangen mellom sykehuset og førstelinjen, og 3) prosjektet. Fire av disse har fått utarbeidet individuell plan i prosjektperioden og har blitt spurt om 4) hvilke erfaringer de har med individuell plan.

Vi møtte i disse intervjuene mennesker som har måttet ta opp kampen med noen av livets største utfordringer. Vi ble imponert over hvordan de og pårørende har taklet disse utfordringene. Samtlige av de intervjuede sier at de er fornøyd med tjenestene de har mottatt i sykehuset og i førstelinjen. Samtidig ble vi fortalt om så pass mange uverdige situasjoner om hvordan helsevesenet ikke skal fungere, at vi ikke kan la være å stille spørsmålet om disse historiene er representative for hvordan systemet fungerer. Eller om de er nødvendige opplevelser når folk rammes av alvorlig sykdom.

Brukerne er i hovedsak fornøyd med hvordan utskrivning fra sykehuset til kommunene har foregått. Prosjektet har betydd mye for at overgangen oppleves som god. Brukerne forteller at ansatte i prosjektet har vært flinke til å følge dem i overgangsfasen.

Brukerne roser prosjektet, og er veldig fornøyd med kontakten de har hatt til prosjektmedarbeiderne som har fulgt dem over tid. Prosjektet har truffet et «hull» i systemet, og fungert som en instans som den enkelte pasient og pårørende har kunnet forholde seg til, og som har sørget for at koordineringen mellom instansene ikke har skjedd over hodene på dem. Ansatte i prosjektet har gitt brukerne trygghet.

Tre av de fire brukerne som har fått utarbeidet individuell plan er svært fornøyd med denne. De gir uttrykk for at den har bidratt til at de har fått et samordnet tilbud fra kommunen, som de selv har fått være med å påvirke. Én bruker har blitt frustrert, fordi vedkommende opplevde at målene som har blitt satt var urealistiske.

Kapittel 7 Avslutning

Hovedinntrykket som undersøkelsene i denne evalueringen gir, er at prosjektet har klart å få til mye. Prosjektet har startet opp en prosess med å bedre samarbeidet mellom nivåer og faggrupper om pasienter som ikke bør stoppe opp. De kompetansehevende tiltakene har påvirket samarbeidet til å utvikle seg i en positiv retning, men ansatte i de to linjene står fortsatt overfor store utfordringer.

I den videre prosessen vil vi foreslå at det blir gjort mer av det som har vist seg å fungere bra. En del av de vellykkede kompetansehevende tiltakene kan med fordel gjennomføres blant nyansatte. For at den igangsatte prosessen med å bygge opp en faglig samarbeidskultur mellom sykehuset og kommunene ikke skal stoppe opp, bør det i tillegg tilbys nye tiltak for å opprettholde og videreutvikle kompetanse og kontakt mellom ansatte som har deltatt i forsøket. Prosessen videre bør integreres i avdelingen og kommunene. En viktig utfordring ligger også i å overføre erfaringer og praksis fra dette forsøket til andre kommuner som samarbeider med nevrologisk avdeling.

Kapittel 1 Innledning

En rekke endringer i arbeidsdelingen mellom stat, fylker og primærkommuner i de senere år har ført til økt oppmerksomhet på hvordan samarbeidet mellom de ulike nivåene fungerer. Endringer i sykehussektoren, som økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid, har påført kommunene flere og mer krevende oppgaver (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2002). Denne effektiviseringen har pågått siden begynnelsen av 1990-tallet, og både sentrale og lokale helsemyndigheter har vært svært opptatt av at disse endringene stiller store krav til samarbeidet mellom sykehus og primærkommunen for at brukerne skal få de tjenestene de trenger. Den nye pasientrettighetsloven gir hver enkelt pasient rett til en individuell plan. Dette har forsterket behovet for å videreutvikle samarbeidet mellom sykehusene og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Det er gjennomført få studier av samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. I det femårige nasjonale geriatriprogrammet som ble gjennomført fra 1994 til 1999, har samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten om geriatriske pasienter blitt fokusert i enkelte prosjekter. Spesielt interessant er arbeidet til et områdegериatrisk team ved Namsos sykehus i utkantkommuner i Nord-Trøndelag (Narum og Romøren 2000). En doktorgradsavhandling om samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger ved akuttinnleggelser i somatiske sykehus, ble publisert i 1999 (Kvamme 1999), og nylig ble rapporten *Mellom to senger?*, en studie av eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet gitt ut (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2002). Den sistnevnte studien ble gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. De to sistnevnte studiene viser at det å få til et godt og effektivt samarbeid om pasienter ikke bare dreier seg om økonomi, men også om samarbeidskulturer som er utviklet i sykehus og kommuner. Det nytter å iverksette tiltak for å bedre samarbeidet (Kvamme 1999). Et viktig funn i rapporten *Mellom to senger?* er at brukerperspektivet er framtrедende i de sykehusene og kommunene som rapporterer et godt og effektivt samarbeid (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2002).

Akershus universitetssykehus (Ahus), nevrologisk avdeling, er en av pionerene når det gjelder å gjennomføre et prosjekt som systematisk setter i gang tiltak, og kartlegger effekter, for å bedre samarbeidet mellom sykehus og primærkommuner om rehabiliteringspasienter. Prosjektet som er finansiert av Sosial- og helsedepartementet startet opp 1.1.2000, og går over en treårsperiode. Prosjektets hovedmål er å

utarbeide en modell for samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i forbindelse med utskriving av nevrologiske pasienter med behov for videre rehabilitering, og er formulert slik:

«Etablere forpliktende tverrfaglig og tverretatlig samarbeid som ivaretar brukers individuelle behov for helhetlig rehabilitering.» (s. 2)

Satsingsområdet med hovedvekt på utvikling av både tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er i tråd med sentrale føringer som er gitt gjennom Stortingsmelding 21 *Ansvar og meistring*, og i nye forskrifter om rehabilitering. Deler av de nye helselovene gir også føringer. I Akershus fylkeskommune sin plan for rehabilitering, som kom høsten 2000, framheves også samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten som et av satsingsområdene i den kommende tiårsperioden. Rehabilitering/habilitering defineres som:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Utgangspunktet for prosjektet nevrologisk rehabilitering har vært å bygge på erfaringer fra rehabiliteringsteamet som siden 1993 har jobbet med å følge pasienter ut i kommunene ved utskriving fra Ahus. Deres arbeid har omfattet slagpasienter, men prosjektet som ble igangsatt i år 2000, omfatter alle nevrologiske diagnosegrupper. Nevrologisk avdeling og to forsøkskommuner i Akershus, Rælingen og Ullensaker, deltar i prosjektet. Prosjektet er nå inne i sitt tredje og avsluttende år, og som en del av avslutningen og planlegging av en videreføring har Forskningsstiftelsen Fafo fått i oppdrag å evaluere prosjektet. Av ressursmessige hensyn er evalueringen begrenset til å vurdere de kompetansehevingstiltakene som er gjennomført i prosjektperioden. Det har blitt lagt stor vekt på kompetanseheving i prosjektet. En kartlegging i begynnelsen av prosjektet avdekket behov for kompetanseheving i forhold til rehabilitering generelt og opplæring i individuell plan spesielt, både blant ansatte i sykehus og i kommunene. Troen på kompetanseheving som en viktig forutsetning for varig endring har vært sterk. Ansatte både i første- og andrelinjen har i løpet av prosjektperioden gitt uttrykk for at kompetansehevingstiltakene har ført til endrede holdninger og økt faglig kunnskap om rehabilitering, og til et bedre samarbeid om pasienter. En rekke kompetansehevende tiltak i form av møter, kurs, konferanser, og veiledning til kommunalt ansattes arbeid for enkelte pasienter, har blitt gjennomført. I tillegg har flere ansatte i pleie- og omsorgstjenesten hospitert ved sykehuset for å bli kjent med sykehuspersonellet og lære mer om rehabilitering.

1.1 Problemstillinger

I prosjektets første fase ble det gjennomført en større kartlegging for å identifisere problemer og hvilke tiltak som burde gjennomføres. Både ansatte i sykehuset, i førstelinen og brukere kom til orde. De som har deltatt på de ulike kompetansehevende tiltakene, har vurdert hvert enkelt konkrete tiltak. Fafo har fått i oppdrag å gi en samlet sluttevaluering av tiltakene, og vurdere om disse har bidratt til at overordnede mål er nådd. Ahus ønsket å få belyst følgende problemstillinger:

- Hvordan har kompetansehevingstiltakene bidratt til å bedre samarbeid, og nedbygge terskler mellom nivåer?
- Hvordan fungerer samarbeidet i forhold til lovgivningens krav om individuelle rehabiliteringsplaner?
- I hvor stor grad har de etablerte møteplassene bidratt til større evne til å se problemstillingene fra andre faggruppers ståsted?

Ny lov om spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 10 1998–99) og samtidige endringer i kommunehelsetjenesteloven pålegger både fylkeskommunene og kommunene å utarbeide individuelle planer for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Lovene pålegger spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å kunne gi et helhetlig tilbud til pasientene. Det har gjennom prosjektet blitt brukt mye tid på å undervise om det nye lovverket, om individuell plan, samt hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Prosjektmedarbeidere har i tillegg til å undervise om lovverket også fulgt noen pasienter ut av sykehuset, og initiert til utarbeidelse av individuell plan, og gitt støtte og veiledning til dette arbeidet. Hovedintensjonen med å ta i bruk individuell plan er at ansatte i de to linjene, og i ulike faggrupper, skal fokusere på bruker, og at bruker skal få et samordnet tilbud som han eller hun kan være med å påvirke. Et sentralt spørsmål i denne evalueringen er om prosjektet nevrologisk rehabilitering har vært med på å bidra til dette.

1.2 Framgangsmåte

For å belyse problemstillingene over har vi analysert fire kilder med data. Vi har:

- Analysert dokumentasjon og undersøkelser som er gjennomført i prosjektperioden.
- Gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Ett med prosjektmedarbeidere og ansatte i nevrologisk avdeling. Det andre med ansatte i førstelinjen fra de to kommunene som deltar i prosjektet.
- Gjennomført to spørreskjemaundersøkelser blant alt personell i sykehuset og i forsøkskommunene og i samarbeidende etater som har deltatt i de kompetansehevende tiltakende.
- Gjennomført 8 informantintervjuer med pasienter.

Prosjektet har et sterkt brukerfokus, og har vært opptatt av å avdekke om brukere får den hjelpen de trenger. I første fase av prosjektet rapporterte både brukere, ansatte i sykehuset og i førstelinjen at brukere opplever at de ikke får tilstrekkelig hjelp, at de får for lite informasjon om sin egen sykdom og om tilbud og tjenester, og at sykehus og kommune ikke samarbeider. I utgangspunktet ønsket vi å gjennomføre en ny brukerundersøkelse for å se om brukerne opplever dette annerledes i dag. Det har ikke vært mulig å gjøre dette innenfor prosjektets rammer, men vi har et brukerfokus i intervjuene og spørreskjemaundersøkelsene. De ansatte både i sykehuset og i førstelinjen fortalte om noen av de samme problemene som brukerne i oppstarten av prosjektet. De kan fortelle om hvorvidt dette har endret seg. Undersøkelsen blant medvirkende i prosjektet er supplert med et begrenset antall intervjuer med brukere i hver av de aktuelle kommunene.

Kapittel 2 Metode

De ulike fasene i prosjektet er godt dokumentert gjennom flere undersøkelser i prosjektets oppstartsperiode og evalueringer av hvert enkelt tiltak som har blitt gjennomført. Vi vil først gi et sammendrag av kartleggingen og evalueringene, før vi presenterer funnene fra våre tre egne undersøkelser. Undersøkelsene som har blitt gjennomført i prosjektperioden har vært til stor hjelp for vårt arbeid med å utarbeide intervjuguider og spørreskjemaer til sluttevalueringen.

2.1 Fokusgruppeintervjuer

Vi gjennomførte to fokusgruppeintervjuer den 6. og 8. mai 2002, det ene med åtte personer fra prosjektgruppen og ansatte i nevrologisk avdeling i sykehuset, og det andre med syv prosjektmedarbeidere og ansatte fra de to samarbeidskommunene, Ullensaker og Rælingen. Prosjektgruppen valgte ut personer til gruppene. Hvert gruppeintervju varte i tre timer. Intervjuene ble gjennomført både for å få beskrivet og vurdert de kompetansehevende tiltakene som er gjennomført, og for å få ideer til spørreskjemaet som alle som har deltatt på de kompetansehevende tiltakene har svart på. Gruppene ble bedt om å ha i bakhodet i diskusjonene om tiltakene har bidratt til å bedre samarbeidet mellom nivåer og ulike faggrupper, samt om de har bidratt til at de klarer å leve opp til intensjonen med individuell plan. Intervjuguiden finnes i vedlegg 1.

Vi valgte å starte evalueringen med fokusgruppeintervjuer fordi det er en intervjuform som egner seg godt til å få fram aktuelle problemstillinger. Dette er en metode som blant annet brukes mye for å forberede store undersøkelser. Ideen med denne måten å jobbe på er at det kommer fram mange problemstillinger når gruppedeltakerne får assosiere over hverandres tanker. Vi har fra tidligere prosjekter erfart at det kommer fram mye interessant i slike gruppeintervjuer. Vi som forskere spilte derfor en forholdsvis tilbaketrukket rolle, og sørget først og fremst for at gruppene kom igjennom de temaene som ble satt opp innenfor den gitte tidsrammen. Grunnleggende notater ble tatt, som vi etterpå analyserte og brukte som innspill til den videre evalueringen.

2.2 Spørreskjemaundersøkelser

I perioden juni til og med september 2002 gjennomførte Opinion AS på oppdrag fra Fafo to spørreskjemaundersøkelser blant alt personell som har deltatt i de kompetansehevende tiltakene. Svarprosenten ble svært lav etter den første utsendelsen i juni. Vi foretok derfor først en purrerunde skriftlig i august, og så over telefon i september. Endelig svarprosent ble på 73,9 i undersøkelsen som ble gjennomført blant de ansatte i sykehuset, og på 50,8 i undersøkelsen som ble gjennomført blant ansatte i de to forsøkskommunene og i samarbeidende etater.¹ Telefonintervjuere fra Opinion som purret, forteller at de som ikke ville svare, oppga som hovedgrunn at de hadde hatt så lite kontakt med prosjektet at de ikke syntes det hadde noen hensikt å svare. Den lave svarprosenten fra ansatte i førstelinjen og begrunnelsen som ble gitt for at de ikke ville svare, kan tyde på at prosjektet i større grad har nådd ansatte i sykehuset enn ansatte i førstelinjen.

Noen av tiltakene har vært rettet mot det samme personellet i sykehuset og kommunen, mens andre tiltak har vært spesielt rettet spesielt mot for eksempel kommuneansatte. Ett spørreskjema ble derfor utarbeidet spesielt rettet mot ansatte i sykehuset, og et litt forskjellig spørreskjema ble sendt til ansatte i kommunene og samarbeidende etater (Se spørreskjemaene i vedlegg 2 og 3). Ansatte på prosjektet ga oss navn og adresser til de som har deltatt på de kompetansehevende tiltakene.

Kjennetegn ved de som har svart på undersøkelsene

Både i sykehuset (59 av 68) og i kommunene/samarbeidende etater (84 av 90) er nesten alle informantene kvinner. Åtte av ti i begge undersøkelsene er i aldersgruppen 30–59 år. Informantene fra sykehuset jobber i to akuttposter i nevrologisk avdeling (i alt 19 personer), på rehabiliteringsposten/teamet (18 personer), i rehabiliterings-

Tabell 2.1 Stilling til sykehusansatte som har svart på undersøkelsen. I antall.

Sykepleier	31
Hjelpepleier	10
Fysioterapeut	8
Ergoterapeut	7
Lege	6
Sosionom	3
Logoped	1
Kontorpersonale	2
N	68

¹ Opprinnelig bruttoutvalg (utsendte skjemaer) i kommunene/samarbeidende etater var 193. 16 av disse hadde sluttet/var i permisjon. Justert bruttoutvalg er 177. Innkomne svar er 90. Opprinnelig bruttoutvalg i sykehuset (utsendte skjemaer) er 96. 4 av disse har sluttet. Justert bruttoutvalg er 92. Innkomne svar er 68.

poliklinikken (3), i nevrologisk poliklinikk (6) eller annet (2). Ni av informantene i sykehuset er avdelingsledere eller lignende.

Den største gruppen av informanter fra sykehuset er sykepleiere, deretter hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger (jf. tabell 2.1). Noen sosionomer, logoped og fra kontorpersonalet har også svart.

Førtisyv av informantene fra kommunene jobber i Rælingen, mens 39 jobber i Ullensaker. Halvparten jobber i hjemmetjenestene (48), og den andre halvparten jobber i institusjon, det vil si sykehjem (45). Atten informanter jobber i en kommunal rehabiliteringsavdeling. Syv informanter jobber i samarbeidende etater, som aetat/trygdekontor eller hjelpemiddelsentralen.

Tabell 2.2 Stilling til ansatte i kommunene/samarbeidende etater som har svart på undersøkelsen. I antall.

Hjelpepleier	25
Sykepleier	19
Fysioterapeut	12
Ergoterapeut	3
Miljøarbeider	2
Assistent	4
Vernepleier	1
Sosionom	1
Logoped	1
Saksbehandler/konsulent	7
Rådgiver/enhetsleder	4
Annet	10
N	89

De største gruppene av informanter er hjelpepleiere og sykepleiere (jf. tabell 2.2). Den tredje største gruppen er fysioterapeuter, deretter: saksbehandlere/konsulenter, assistenter, rådgivere/enhetsledere, ergoterapeuter, miljøarbeidere, vernepleiere, sosionomer og logoped.

2.3 Intervjuer med brukere

Innenfor prosjektets økonomiske rammer var det vanskelig å gjennomføre en omfattende brukerundersøkelse. Derfor ble det lagt inn spørsmål med brukerperspektiver både i fokusgruppeintervjuene og i spørreskjemaundersøkelsen. Imidlertid så vi det som nødvendig å supplere dette ved å snakke med noen brukere, både for å nyansere synspunkter og for å gå mer i dybden. Vi gjennomførte den 16. og 17. september 2002 dybdeintervjuer med åtte brukere. Brukerne ble intervjuet utenfor

sykehuset, i et rehabiliteringssenter i den ene forsøkskommunen, og i et omsorgssenter i den andre forsøkskommunen. Brukerne som ble intervjuet ble valgt ut av ansatte på prosjektet i Ahus.

Intervjuene ble gjennomført både for å få et inntrykk av om og hvordan prosjektet har påvirket rehabiliteringstilbudet, og av hvordan prosjektets støtte og veiledning til de to kommunenes første forsøk med individuelle rehabiliteringsplaner har vært.

Prosjektet har vært involvert i utarbeidelsen av tolv individuelle planer i prosjektkommunene. Vi har intervjuet fire brukere som har fått utarbeidet en individuell plan, og fire brukere som har vært pasienter ved nevrologisk avdeling som det ikke har blitt utarbeidet individuell plan for.

Kapittel 3 Kartlegginger og evalueringer av konkrete tiltak

I dette kapitlet vil vi se på hvordan prosjektet nevrologisk rehabilitering er systematisk og metodisk gjennomført.

Evalueringsteamet har fått tilgang til prosjektets arkiver og har gjennomgått dokumentasjonen fra prosjektets forskjellige faser. Prosjektet er bygd opp metodisk, og med utgangspunkt i problemdefinisjon og situasjonskartlegginger er det lagt opp en arbeidsplan med tiltak og milepæler. Tiltakene er dokumentert og evaluert. For hver milepæl er det oppsummert i hvilken grad målene er nådd. Dessuten er det skrevet årlige rapporter.

Vi ser at det er gjennomført en serie evalueringer underveis. Evalueringene tar for seg enkelttiltak etter som de har blitt gjennomført. Deltakerne er for eksempel blitt bedt om å evaluere kurs og seminarer. Underveisevalueringene er gjennomgående meget positive. Det kan derfor være grunn til å se på hvordan disse evalueringene inngår i den helhetlige vurderingen av prosjektets framdrift.

Evalueringen av enkelttiltak som er gjort underveis gir det spontane bilde av de enkelte tiltakene – av en oppfatning på et bestemt tidspunkt i prosessen. I forhold til dette skal vår evaluering prøve å ha en helhetlig tilnærming til prosjektet. Vi skal ta et skritt tilbake og se på hva som har skjedd fra en noe mer distansert synsvinkel. Vi må spørre hvordan underveisevalueringene har bidratt til å gi svar på de spørsmålene prosjektet sier de har ønsket å få besvart gjennom evalueringene. Har prosjektets systematiske plan- og dokumentasjonsprosess bidratt til å gjøre tiltakene relevant i forhold til bedring av samarbeidet mellom instansene? Har evalueringene underveis bidratt til å sette søkelys på arbeidet med individuelle planer? Har søkelyset vært slik at metoden har bidratt til en forståelse mellom de forskjellige faggruppene?

Vi vil først gi en generell oversikt over prosjektet gjennomføring, med hovedblikk på systematikken i prosjektarbeidet. Vi vil deretter ta for oss den kartleggingen som ble gjennomført i prosjektets første fase. Tredje del av dette kapitlet vil ta for seg prosjektstyringsverktøyene, se på hvordan de enkelte tiltakene er evaluert underveis og hvordan disse evalueringene har fungert. Fafos evaluering tar i hovedsak for seg de kompetansehevende tiltakene, og det sentrale spørsmålet har vært hvorvidt disse tiltakene har ført til bedre samarbeid. Vi vil derfor særlig se på hvordan dette

er kartlagt. Til slutt vil vi stille noen spørsmål ved gjennomføringen og ressursbruken i prosjektet.

3.1 Hvordan er prosjektet gjennomført?

Et kort resymé av prosjektets framdrift viser at det startet våren 2000 og avsluttes etter tre år, ved utgangen av 2002. Men utgangspunktet ligger mer enn tre år tilbake i tid. Erfaringene som rehabiliteringsteamet har gjort seg helt siden 1993 er en viktig forutsetning for prosjektet. Teamet har jobbet med å følge pasienter ut i kommunene ved utskrivning fra sykehuset. Prosjektarbeidet har omfattet alle nevrologiske diagnosegrupper. Nevrologisk avdeling og de to forsøkskommunene Rælingen og Ullensaker har samarbeidet i prosjektet. Hovedmålet er gjengitt som følger i Aktivitetsrapporten 2000:

«Prosjektets hovedmål er å utarbeide en modell for samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten i forbindelse med utskrivning av nevrologiske pasienter med behov for videre rehabilitering, og er formulert slik:

Etablere forpliktende tverrfaglig og tverretattlig samarbeid som ivaretar brukers individuelle behov for helhetlig rehabilitering.»

En rekke instanser og fagfolk er inne i bildet i forhold til den enkelte pasient, det gjelder hele kjeden av behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak. Samarbeidet og koordineringen mellom de forskjellige faggruppene og instansene er en hovedutfordring til helsetjenestene. Ikke minst forholdet mellom den kommunale førstelinjetjenesten og sykehusets spesialisttilbud i andre linje er et sentralt problemområde når det gjelder koordinering og samarbeid mellom instansene. Prosjektet nevrologisk rehabilitering og dets forhistorie representerer et viktig bidrag til erfaringsutviklingen når det gjelder disse problemområdene. Det er derfor en nødvendig læreprosess å oppsummere metoden, systematikken og gjennomføringen av prosjektet. En av utfordringene er å oppsummere hvordan en kan utvikle en prosessorientert arbeidsmåte som kan brukes også i andre sammenhenger.

Ved prosjektets oppstart vinteren/våren 2000, ble det ansatt prosjektmedarbeidere, etablert arbeidsrutiner, styringsgruppe og referansegruppe, og det ble jobbet med gruppeprosesser og kompetanseheving blant de ansatte i prosjektet. Fra november 2000 begynte kartleggingsfasen. Det ble gjennomført en vurderingskonferanse med en spørreundersøkelse, pasienter ble fulgt «gjennom systemet», ansatte i kommunene hospiterte på sykehuset og det ble forberedt en brukerundersøkelse. I gjennomføringsfasen ble det satt i gang en rekke aktiviteter. For eksempel ble det

bare i løpet av 2001 gjennomført en rekke kurs og seminarer med til sammen 371 deltakere.

Det er stort mangfold i de aktivitetene som rapporteres, og prosjektpakken har bestått av en rekke forskjellige typer tiltak. Kompetansehevingen har skjedd gjennom kurs og undervisning på arbeidsplassene. Både ansatte i kommunene og på sykehuset har deltatt. Dokumentasjon knyttes til rapporter, skriving av tverrfaglige epikriser og etablering av samarbeidsrutiner. Det er gjennomført informasjonstiltak som etablering av hjemmeside, utsending av «Prosjektnytt», informasjonsmøter og utveksling av informasjon om tjenestetilbudet i henholdsvis sykehuset og den kommunale førstelinjetjenesten. Det er jobbet med å utvikle samarbeidsrutiner mellom sykehuset og de kommunale tjenestene rundt den enkelte pasient. Organiseringen har blant annet vært knyttet til etablering av koordinerende enhet på sykehuset og kommunene, og gjennomføring av regelmessig internundervisning. Skolering i bruk av individuell plan og arbeid med å få fram individuelle planer har vært en viktig del av prosjektaktiviteten.

Det foreligger en meget omfattende dokumentasjon fra prosjektets forskjellige faser. Det store mangfoldet av aktiviteter skaper en utfordring til målrettethet og rapportering. Problemet med en slik mangfoldig måte å arbeide på er at det kan være vanskelig å se trådene og sammenhengen i dokumentasjonen og rapportene. Evalueringene, rapportene, milepælsrapporteringene og så videre i prosjektet er imidlertid meget grundige. Dokumentasjonen har vært et viktig utgangspunkt for evalueringen av prosjektet, og grundigheten i dokumentasjonen fra de forskjellige aktivitetene er imponerende.

3.2 Problemkartlegging i november 2000

I slutten av november 2000 ble det holdt en konferanse med prosjektets referansepersoner. Det var 43 deltakere, som representerte brukere, ansatte i samarbeidende etater og ansatte i de ulike faggruppene i rehabilitering både fra de to kommunene og fra sykehuset. Hensikten med konferansen var todelt; dels å informere om prosjektet, dels å gjennomføre en spørreundersøkelse. Det ble bukt tre spørreskjemaer, tilpasset hver av de tre deltakergruppene. Målet med undersøkelsen var å kartlegge hvordan det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet fungerer, hva som er bra og hvor det er «huller» i systemet.

Undersøkelsen fokuserer blant annet på tjenestetilbud, samarbeid, informasjon, kompetanse og brukermedvirkning. Rapporten påpeker for eksempel uklarhet om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den lokale generalisthelsetjenesten.

Undersøkelsen får også fram behovet for styrket kompetanse. Det avdekkes behov for kompetanseheving i forhold til rehabilitering generelt og opplæring i individuell plan spesielt, både blant ansatte i sykehuset og i kommunene.

I oppsummeringen fra denne konferansen sies det «... ble det gitt positiv respons på å være sammen i et så tverrfaglig og tverretatlig sammensatt forum. Ingen hadde opplevd noe lignende tidligere...». Så i tillegg til at det gjennom denne konferansen kom fram behov for kompetanseheving, fikk en demonstrert behovet for felles fora.

3.3 Verktøy

Gjennom prosjektprosessen er det benyttet forskjellige prosjektstyringsverktøy. Det er laget aktivitetsplan og milepælplan. Milepælene er organisert etter resultat-områdene og er organisert i 5 kategorier; kompetanse, dokumentasjon, informasjon, samarbeid og organisering.

Milepælene innen resultatområdet kompetanse knyttes til innføring i individuell plan, hevet kompetanse når det gjelder rehabilitering og skoloring i veiledningsmetodikk. Når det gjelder resultatområdet samarbeid, inneholder milepælsplanen utarbeiding, gjennomføring og evaluering av nye samarbeidsrutiner. Planen for dokumentasjon tar for seg utarbeidelse, bruk og evaluering av tverrfaglig epikrise og søknadsskjema. Resultatområdet organisering gjelder prosjektets egen organisering og utvikling. Området inneholder også tiltak vedrørende etablering av koordinerende enhet i sykehus og kommunene. Dette følges opp med utarbeiding av funksjonsbeskrivelse for enheten, definering av tjenestetilbudet på begge nivåer, rutiner for slagrehabiliteringsteamet og evaluering av samarbeidsavtalen. Resultatområdet informasjon gjelder i tillegg til bruken av hjemmesider og prosjektnytt, en sluttkonferanse. Milepælsplanen angir også målgruppe for tiltakene.

Skjemaene for aktivitetsrapportering og milepælsplanen gir et omfattende bilde av de gjennomførte aktivitetene. Problemet med denne typen rapportering er at den enkelte ganger kan bli noe formell og i liten grad gjenspeile de mer prosessuelle resultatene. Et lite illustrerende eksempel på denne problemstillingen kan være at ifølge milepælsplanen den «15.12.01 har 70 ansatte innen kommune og sykehus økt kompetanse i generell veiledningsmetodikk». Vi vet at de har deltatt på kurs, men hvordan vet vi at de har fått økt kompetanse? Vi må understreke at dette ikke er ment som en kritikk av prosjektet eller bruken av prosjektstyringsverktøy, men som en illustrasjon på begrensningene i disse verktøyenes funksjon. Milepælsplanen er ikke det samme som evaluering av resultatene, planen skal gi en oversikt over gjennomføringen av tiltakene. De kvalitative evalueringene er ivare tatt i

prosjektprosessen, og en gjennomgang av dokumentasjonen gir et bilde av et prosjektteam som har vært villig til kritisk vurdering av resultatene. Det må understrekes at den gjennomførte bruken av prosjektstyringsverktøy gir en god dokumentasjon av aktiviteter og framdrift.

3.4 Evaluering av enkelttiltak

Hovedvekten i Fafos samlende evaluering er lagt på de kompetansehevende tiltakene. De omfatter innføring i individuell plan, internundervisning i rehabiliterende sykepleie for pleiegruppene i forsøkskommunene, seminar om veiledning, undervisning om MS og Parkinson, samt undervisning i de nye helselovene. Dessuten har prosjektet sendt medarbeidere i forsøkskommunene og ved nevrologisk avdeling på eksterne kurs som var relevante for prosjektets mål. Bak denne satsingen ligger et av hovedmotivene bak hele prosjektet. Det har vært en stor tro på at kompetanseheving vil bidra til varige endringer i samarbeidforholdene.

I prosjektets oppstartingsperiode ble det gjennomført en rekke samtaler med ansatte på sykehuset. Disse samtalene er oppsummert i en egen evalueringsrapport. Likeledes er tiltaket med å følge pasienter gjennom systemet evaluert. Dette er gjort ved at prosjektgruppen har oppsummert refleksjonslogger fra medarbeiderne. Prosjektgruppen har også tatt for seg en brukerundersøkelse som rehabiliteringsteamet har gjennomført, for å se på informasjon og samarbeid, forhold til arbeidsdagen og den praktiske hverdagen, samt følelsesmessige reaksjoner og livskvalitet.

De enkelte kompetansehevende tiltakene er evaluert underveis. Denne evalueringen har skjedd gjennom at alle deltakere på kurs, seminarer og hospitering har fylt ut et evalueringsskjema, og disse skjemaene er summert opp. Evaluerings-skjemaene spør om utbytte, forventninger, innfrielse av forventninger og mer konkrete kommentarer til kursgjennomføringen. Arrangørene har dessuten oppsummert kurset/seminaret i etterkant. Rapportene fra hvert tiltak gir et bilde av at prosjektgruppen har hatt stor vilje til å oppsummere, lære og justere kursen underveis. Deltakeren har blitt bedt om å vurdere utbyttet av tiltaket på en skala fra 1 til 6. 6 er svært nyttig, og 1 er bortkastet. I de rapportene vi har gått gjennom varierer gjennomsnittet mellom 4,4 og 5,0. Dette er meget positive evalueringer, vi kan slå fast at deltakerne gir svært positiv tilbakemelding på utbyttet av tiltakene. De er meget fornøyde. Det varierer noe, men det må sies at variasjonen er grader av positiv respons. Siden det er så mange som til sammen 371 deltakere på kompetansehevende tiltak i 2001, vil behovene være meget varierte, likevel er tilbakemeldingene såpass entydige som vi har sett her. (Noen deltok på flere seminarer, så det samlede antallet deltakende personer er noe lavere.)

Representanter for prosjektet har også hatt samtaler med ansatte i kommunene for å oppsummere enkelte kurs og definere videre behov. Disse oppsummeringene tar for seg både aktuelle temaområder det er behov for å gå videre med og den praktiske gjennomføringen av tiltakene.

Et grovt forsøk på en samlande oppsummering av evalueringene gir følgende bilde av tilbakemeldingene: Det er stort behov for kurs og opplæringstiltak, og de som er gjennomført i prosjektet får meget god karakter. Kommuneansatte og sykehusansatte har noe forskjellige perspektiver på vurderingene av egne behov, men begge grupper ser nytten i å møtes i tverrfaglige og tverretatlige fora. Opplæringsvirksomheten har vært viktig for å få startet arbeidet med å lage og bruke individuelle planer.

3.5 Noen spørsmål

Innledningsvis i dette kapitlet stilte vi noen spørsmål om hvordan prosjektverktøy og evalueringer underveis har fungert. Det første spørsmålet gjaldt hvordan evalueringene har bidratt til justering av kursen i prosjektet underveis. Et nærliggende spørsmål er om en har klart å bruke disse redskapene til å heve relevansen av kursene. Det er ikke enkelt å følge prosessen fra tiltak til evaluering til justering av prosjektets videre arbeid. Vi kan heller ikke uten videre se hvordan evalueringen av enkelttiltakene er relatert til prosjektets overordnede målsettinger. På den andre siden kan det imidlertid se ut som om en underveis har lært både av de praktiske erfaringene og av den definering av behov de forskjellige aktørene har presentert i dialogen med prosjektet.

Etter denne gjennomgangen er det nærliggende å stille et tilleggsspørsmål, som evalueringsgruppen ikke kan gi noe klart svar på, men som det kan være verdt å drøfte når lærdommene fra prosjektet skal oppsummeres. Det spørsmålet gjelder ressursbruken i prosjektet. Prosjektstyringsverktøy og underveisevalueringer er viktige i utformingen av prosjektprosessen og er både nyttige og nødvendige redskap. Det vil imidlertid alltid være en balansegang mellom ressursbruk til dokumentasjon, evaluering og rapportering på den ene siden, og direkte deltakelse i aktivitetene på den andre. Det kan være verdt å diskutere denne balansegangen. Står ressursene lagt ned i dokumentasjonen i forhold til utbyttet og nytten en har hatt av dette i prosessen? Er omfanget av dokumentasjon på et nivå som er passende i forhold til behovet?

De rapportene som er laget underveis er systematisk gjennomført, og gir en grundig gjennomført dokumentasjon av arbeidet. Det er en praktisk orientering i rapporteringen, og et spørsmål som står igjen er i hvilken grad en har fanget opp

prosessene som følger av tiltakene. Et eksempel er konstateringen av at deltakeren gir positive vurderinger av det å møtes i tverretatlige fora. Oppfølgingsspørsmålet vil være hvilken innvirkning disse møtene har hatt på det konkrete samarbeidet. Det er i liten grad diskutert. I dialog med prosjektmedarbeiderne har vi imidlertid fått et bilde av at disse fora har vært viktig for utviklingen av arbeidet med individuelle planer. Samarbeid rundt denne arbeidsmetoden har nettopp vært en av hensiktene med det tverretatlige samarbeidet.

For en som har i oppgave å evaluere prosjektet, utgjør den beskrevne dokumentasjonen et meget verdifullt materiale. Den gjennomførte systematikken gir et bilde av grundig og målrettet arbeid. Det har skjedd en positiv læreprosess, og mange av arbeidsmetodene bør kunne brukes også andre steder i tilsvarende prosesser.

Kapittel 4 Hvordan beskriver ansatte samarbeidet?

I dette kapitlet presenteres ansattes beskrivelse av samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og de to forsøkskommunene. Følgende spørsmål blir belyst:

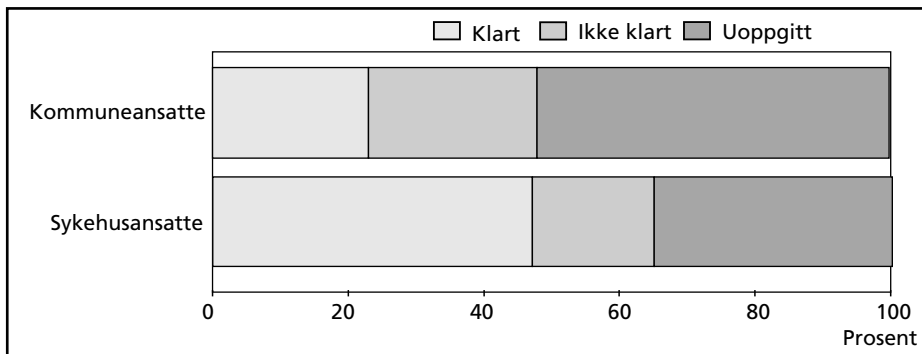
- Opplevs ansvars- og oppgavefordelingen mellom nevrologisk avdeling og førstelinjen som klart definert?
- Hvordan oppleves informasjonsflyten?
- Hvordan vurderer ansatte i de to linjene utskrivning av pasienter?
- Hvordan veileder nevrologisk avdeling førstelinjen?
- Hvor godt kjenner ansatte til og bruker rehabiliteringsteamet?

4.1 Ansvars- og oppgavefordeling

En tidligere gjennomført studie av samarbeid mellom sykehus og førstelinjen viser at samarbeidet må være klart og tydelig organisert for å oppnå effektivitet og kvalitet (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Studien avdekket at flere ledere av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene i dag opplever at oppgavefordelingen mellom sykehus og førstelinjen er uklar.

Akershus universitetssykehus har sammen med kommunene utarbeidet en samarbeidsavtale som definerer sykehusets og kommunens ansvar for ulike oppgaver. I avtalen skilles det mellom begrepene ferdigbehandlet og utskrivningsklar for å unngå misforståelser om oppgavefordelingen mellom sykehuset og kommunene. Fordi begrepet ferdigbehandlet kan være med på å skape urealistiske forventninger i kommunene, brukes begrepet utskrivningsklar i avtalen. Mange pasienter er ikke ferdigbehandlet når de skrives ut fra sykehuset. De trenger fortsatt behandling, men på et annet nivå i hjelpeapparatet. Begrepet utskrivningsklar som brukes i avtalen, bidrar til klarhet. Begrepet inviterer også til at spesialisthelsetjenesten må si noe om hva som har skjedd, og hva som skal skje videre når pasienter har behov for langvarig og koordinert behandling av primær- og spesialisthelsetjenesten i samspill.

Figur 4.1 Om ansatte i sykehuset (N=68) og kommunene (N=90) opplever at ansvarsforholdene mellom neurologisk avdeling og kommunene er klart definert. I prosent.



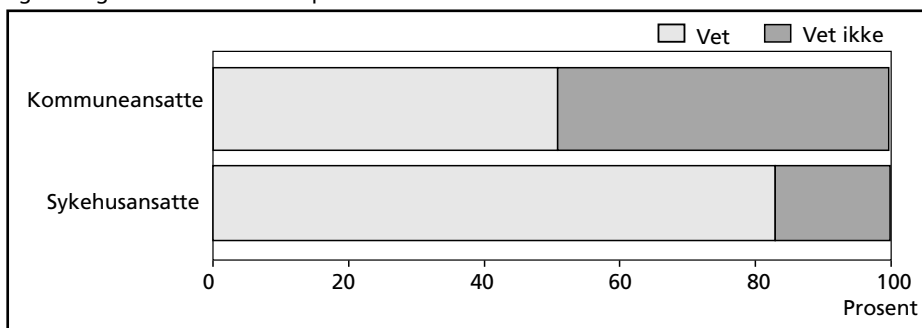
En større andel sykehusansatte (ca. fem av ti) enn ansatte i kommunene og i samarbeidende etater (ca. to av ti) opplever at ansvarsforholdene mellom neurologisk avdeling og kommunene er klart definert. Mange, halvparten av ansatte i kommunene og nesten fire av ti i sykehuset har latt være å svare på spørsmålet.

Årsaken til at så mange har latt være å svare, og til at såpass mange opplever ansvarsforholdet mellom neurologisk avdeling og kommunene som uklart, kan skyldes at innholdet i samarbeidsavtalen er lite kjent for ansatte i de to linjene. For at de ansatte skal oppleve en klar ansvarsfordeling, må de kjenne til hvordan sykehuset og kommunene har definert ansvar og oppgavefordeling. Flere av de ansatte i neurologisk avdeling i sykehuset (85%) og i Rælingen og Ullensaker kommuner (73%) svarer at de kjenner dårlig til håndboka om utskrivningsklare pasienter, det vil si samarbeidsavtalen mellom Akershus universitetssykehus og kommunene. Både sykehuset og førstelinjen kan vinne mye på å gjøre de ansatte kjent med innholdet i samarbeidsavtalen.

Undersøkelsen som ble gjennomført høsten 2001 viste også at flere sykehus og kommuner har behov for å tydeliggjøre hvem henvendelser om utskrivning av pasienter skal gå til, både i sykehus og i pleie- og omsorgstjenesten (Gautun, Kjerstad og Kristiansen). En betydelig større andel ansatte i neurologisk avdeling i Ahus (åtte av ti) svarer at de vet hvem de skal henvende seg til i kommunene for å få svar på spørsmål, enn ansatte i Rælingen og Ullensaker (fem av ti) (jf. figur 4.2).² Tre av fire, både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater, har ikke svart på spørsmålet. De kan ha latt være enten fordi spørsmålet ikke er relevant, eller fordi de ikke vet hva de skal svare.

² De som har svart i svært stor grad eller i nokså stor grad er slått sammen i kategorien vet, og de som har svart i nokså liten grad eller i svært liten grad er slått sammen i kategorien vet ikke i figur 4.2. Vurderingene fra ansatte i Rælingen kommune og Ullensaker kommune er slått sammen. Det er også sykehusansattes vurderinger av de to kommunene.

Figur 4.2 Om ansatte vet hvem de skal henvende seg til i andrelinjen (nevrologisk avdeling eller kommunene) for å få svar på spørsmål. N, ansatte i sykehus=46. N, ansatte i Ullensaker og Rælingen kommuner=59. I prosent.



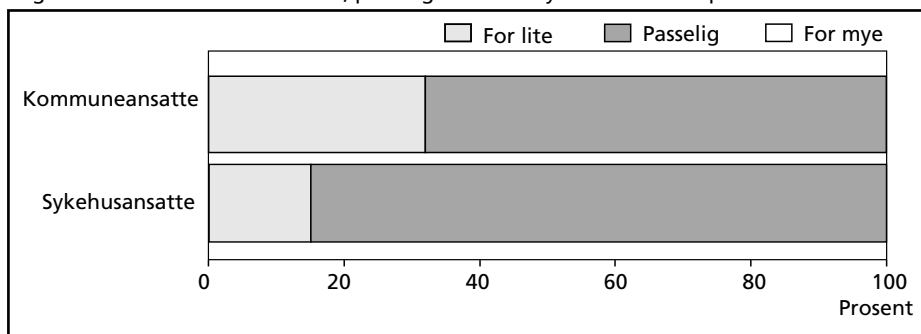
4.2 Tilstrekkelig formalisert?

Den landsrepresentative undersøkelsen som ble gjennomført blant lederne av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene høsten 2001, viste at kommuner med et veldig formalisert samarbeid med sykehus hadde større problemer med å ta imot pasienter, enn kommuner som i mindre grad hadde formalisert samarbeidet (Gautun, Kristiansen og Kjerstad 2001). En god uformell samarbeidskultur, uten bruk av økonomiske sanksjoner som virkemiddel, så ut til å gjøre det lettere for kommuner å ta imot pasienter når de skulle, på en verdig måte. Ulike forhold påvirket samarbeidsklimaet i positiv eller negativ retning. En sterk vekt på økonomi forsterket konflikter og skapte mistillit. Sykehus som satte søkelys på pasienten, og ikke på regler og penger, fikk til et bedre samarbeid. En god uformell samarbeidskultur var lettest å utvikle mellom små sykehus og små kommuner. Store sykehus og store kommuner så ut til å ha et større behov for å formalisere samarbeid og bruke styringsmidler.

Et flertall av informantene både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater opplever at samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og kommunene er pas-selig formalisert (jf. figur 4.3).³ Ingen mener at det er for mye formalisert. Flere vet ikke hva de skal svare. Tre av ti ansatte i kommunene og i samarbeidende etater, og to av ti ansatte i sykehuset har ikke svart på spørsmålet.

³ De som har svart i svært stor grad eller i nokså stor grad er slått sammen i kategorien klart, og de som har svart i nokså liten grad eller i svært liten grad er slått sammen i kategorien ikke klart, i figur 4.1.

Figur 4.3 Ansatte i kommunene/samarbeidende etater (N=60) og sykehuset (N=58) sin vurdering av om samarbeidet er for lite, passelig eller for mye formalisert. I prosent.

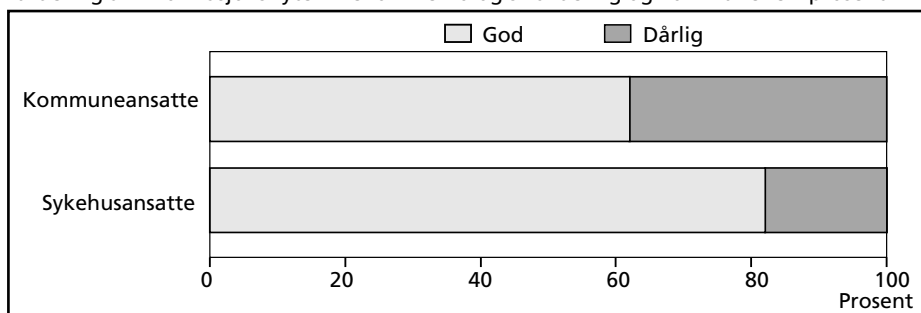


Det er ingen forskjell i svarene til ansatte i førstelinjen i Rælingen kommune, med 14 600 innbyggere, og Ullensaker kommune, som er en større kommune med 23 500 innbyggere. Ansatte i sykehuset gir heller ikke uttrykk for et behov for å formalisere samarbeidet med Ullensaker kommune i større grad enn med Rælingen.

4.3 Informasjonsflyten

Åtte av ti i sykehuset og seks av ti i kommunene opplever at det er god informasjonsflyt mellom nevrologisk avdeling og kommunene/samarbeidende etater (jf. figur 4.4).⁴ Cirka tre av ti har ikke svart på spørsmålet.

Figur 4.4 Sykehusansatte (N=50) og ansatte i kommunene/samarbeidende etater (N=63) sin vurdering av informasjonsflyten mellom nevrologisk avdeling og kommunene. I prosent.



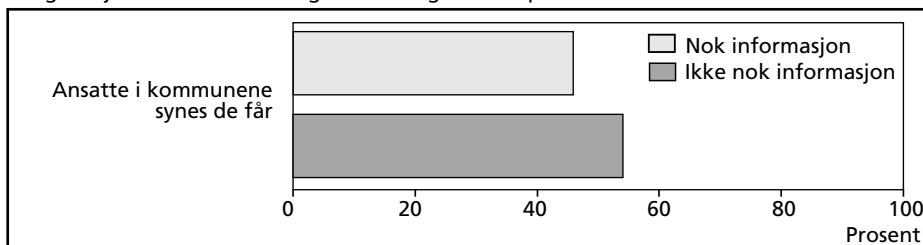
⁴ De som har svart svært god og nokså god er slått sammen i kategorien god, og de som har svart svært dårlig og nokså dårlig er slått sammen i kategorien dårlig i figur 4.4. Ullensaker og Rælingen presenteres også sammen, fordi informasjonsflyten mellom nevrologisk avdeling og de to kommunene vurderes likt både av ansatte i sykehuset og ansatte i de to kommunene.

4.4 Utskrivning av pasienter

Ahus praktiserer et system der de oversender varslings om utskrivning, og med informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaer som sendes førstelinjen i kommunene.

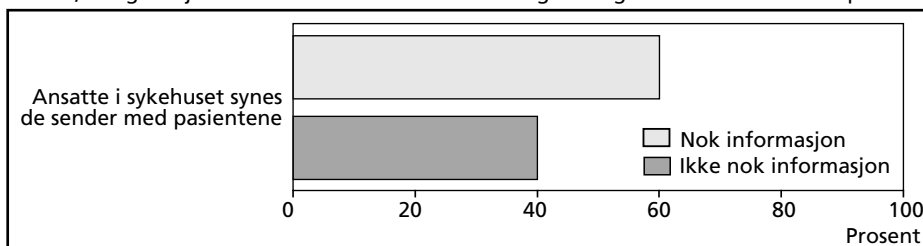
Halvparten av de ansatte som har svart på undersøkelsen i Rælingen og Ullensaker synes det følger med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene fra neurologisk avdeling (jf. figur 4.5). Halvparten har latt være å svare på spørsmålet (44 av 90). Antakeligvis er grunnen til at flere har latt være å svare, at de ikke har noe med skjemaene å gjøre i sitt arbeid.

Figur 4.5 Om ansatte i kommunene synes det følger med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene fra neurologisk avdeling. N=46. I prosent.



En litt større andel av informantene fra sykehuset, seks av ti, synes de sender med nok informasjon om pasienter i skjemaene (jf. figur 4.6).

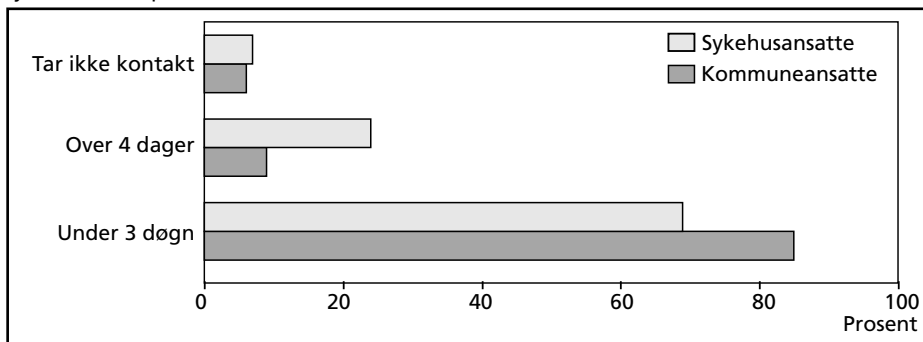
Figur 4.6 I hvilken grad ansatte i sykehuset synes de sender med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene til Ullensaker kommune og Rælingen kommune. N=37. I prosent.



Akkurat som blant ansatte i førstelinjen er det flere sykehusansatte som har latt være å svare på spørsmålet (31 av 68).

Et flertall av de ansatte, både i neurologisk avdeling og i førstelinjen, forteller at Ullensaker og Rælingen tar kontakt i løpet av et par dager etter at kommunen har mottatt A-skjema, som varsler om at sykehuset skal skrive ut en pasient som vil trenge oppfølging fra kommunen (jf. tabell 4.7).

Figur 4.7 Tid det tar før Ullensaker og Rælingen tar kontakt med nevrologisk avdeling etter at de har mottatt A-skjema om pasienter, sett både fra kommuneansatte (N=34) og ansatte i sykehus (38). I prosent.



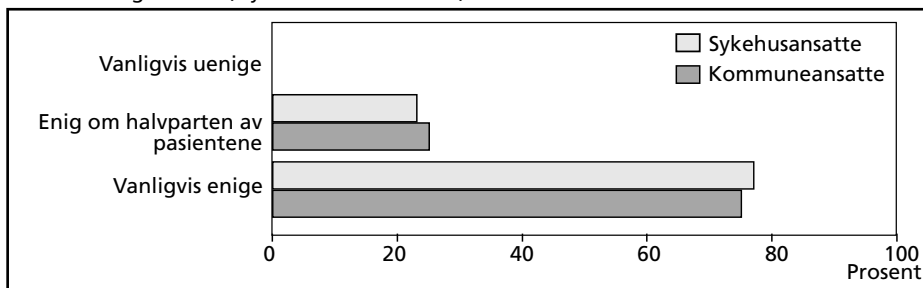
Ullensaker kommune og Rælingen kommune skiller seg ikke fra hverandre, og presenteres derfor under ett i analysene. En litt større andel ansatte i kommunene sammenlignet med ansatte i sykehus, svarer at de tar kontakt med sykehuset før det har gått tre dager. Flere har latt være å svare på dette spørsmålet (38 i sykehuset og 56 i kommunen), antakeligvis fordi de ikke har med utskrivning av pasienter å gjøre, og derfor ikke vet hvor lang tid det tar.

Alle i sykehuset, med unntak av en person som har svart på spørsmålet, opplever at ansvarsforholdene innad i nevrologisk avdeling er klare i forhold til det å skrive ut pasienter.

De fleste, åtte av ti, som har svart på spørsmålet i sykehuset, sier at de vet hvem de skal henvende seg til både i Rælingen og Ullensaker når pasienter skal skrives ut fra nevrologisk avdeling. Tjuetre av de 68 som har svart på undersøkelsen, har ikke svart på spørsmålet.

De fleste, både i nevrologisk avdeling og i førstelinjen, er vanligvis enige om at pasienter er utskrivningsklare (jf. figur 4.8). Et mindretall svarer at de vanligvis er enig om omtrent halvparten av pasientene, og uenig om den andre halvparten. Ingen

Figur 4.8 Om nevrologisk avdeling og Ullensaker og Rælingen er enige om hvorvidt pasienter er utskrivningsklare. N, sykehusansatte=45. N, kommuneansatte=32.

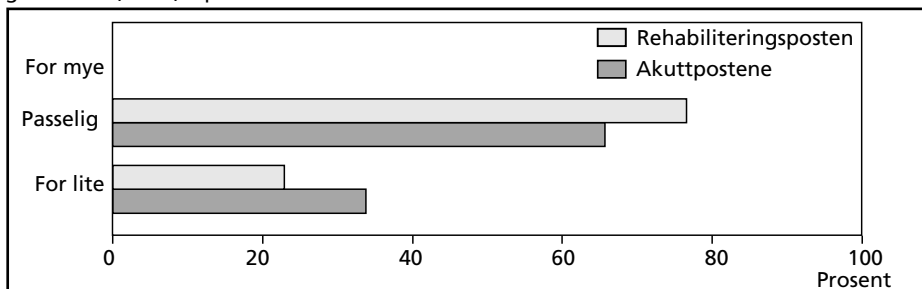


svarer at de vanligvis er uenige. Mange ansatte i kommunen (53) og noen ansatte i sykehuset (23) har ikke svart på spørsmålet. Antakeligvis fordi de ikke vet, fordi spørsmålet ikke er noe de må ta stilling til i sitt arbeid. De syv informantene fra samarbeidende etater er for eksempel ikke involvert i disse beslutningene.

Den tidligere omtalte undersøkelsen av samarbeid mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten som ble gjennomført høsten 2001, viste at ro i selve utskrivningssituasjonen hadde stor betydning for hvordan førstelinjen klarte å ta imot pasienter (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Ro i utskrivningssituasjonen skapte trygghet for pasient, pårørende og ansatte i førstelinjen, og gjorde dem bedre i stand til å mestre situasjonen etter sykehusoppholdet. Dette virket preventivt på behovet for nye sykehusopphold.

Hovedinntrykket som svarene til ansatte i førstelinjen gir, er at utskrivning av pasienter i nevrologisk avdeling skjer på en rolig måte (jf. figur 4.9). Nesten åtte av ti ansatte i Ullensaker og Rælingen svarer at de vanligvis får passelig med tid når pasienter skal skrives ut fra rehabiliteringsposten, og nesten syv av ti sier de får passelig med tid når pasienter skrives ut fra akuttpostene i avdelingen.

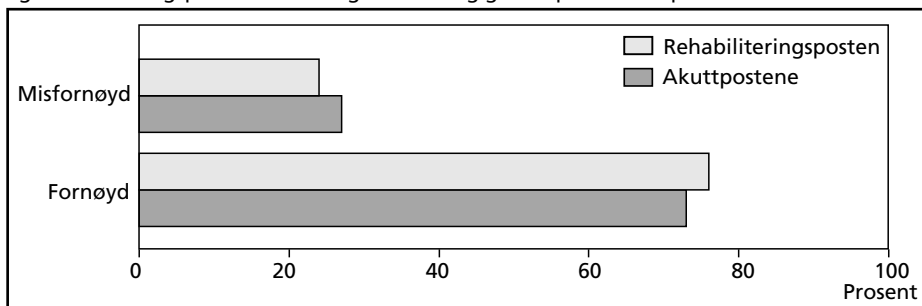
Figur 4.9 Om kommuneansatte opplever at akuttpostene og rehabiliteringsposten gir førstelinjen passelig med tid når pasienter skal skrives ut til at de klarer å ta i mot pasienter på en god måte. (N=43). I prosent.



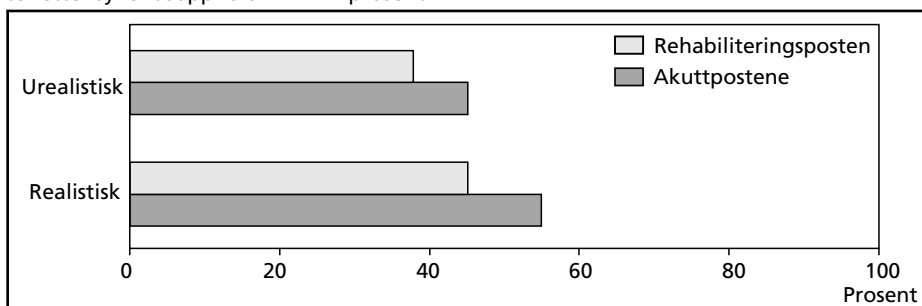
De fleste i førstelinjen gir også uttrykk for at de er fornøyd med informasjonen som både akuttpostene og rehabiliteringsposten gir om pasienter (jf. figur 4.10).

Ni av ti ansatte i sykehuset mener at de gir informasjon til pasienter som skaper realistiske forventninger hos pasienten om hvilke tjenester kommunene kan tilby etter utskrivning fra sykehuset. Færre ansatte i førstelinjen opplever imidlertid at informasjonen pasientene har fått fra nevrologisk avdeling skaper realistiske forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester etter sykehusopphold (jf. figur 4.11). Cirka halvparten opplever et slikt misforhold.

Figur 4.10 Om ansatte i førstelinjen (N=49) er fornøyd med informasjonen som akuttpostene og rehabiliteringsposten i neurologisk avdeling gir om pasienter. I prosent.



Figur 4.11 Kommuneansattes vurdering av om informasjonen pasientene har fått fra neurologisk avdeling har gitt dem realistiske forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester etter sykehusopphold. N=42. I prosent.

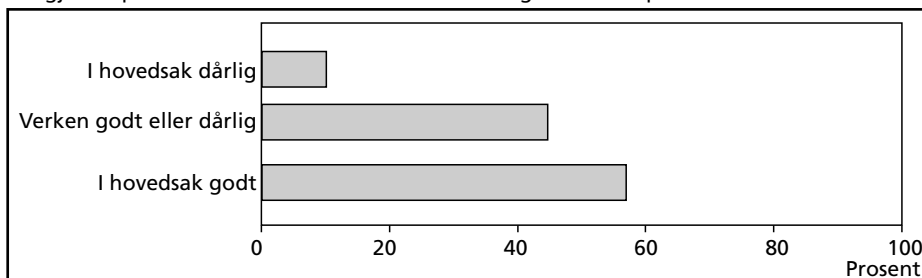


Misforholdet kan skyldes at ansatte i sykehuset har for lite kjennskap til hva kommunene kan tilby pasienter av tjenester etter at de er skrevet ut. Til tross for at prosjektet har arbeidet med å gjøre ansatte kjent med tjenestetilbudet, svarer fire av ti i sykehuset at de ikke har noen god oversikt over tjenestetilbudet i Rælingen kommune, og tre av ti svarer det samme om tjenestetilbudet i Ullensaker kommune. Prosjektet har utarbeidet en oversikt over tjenestetilbudet i begge kommunene. Det har også vært nedsatt arbeidsgrupper i kommunene og på rehabiliteringsseksjonen på sykehuset for å definere tjenestenivå. Disse arbeidsgruppene har presentert sine arbeider i et felles møte. I tillegg til dette har prosjektet arrangert informasjonsmøter på akuttpostene, hvor kommunene har presentert sitt tjenestetilbud i forhold til rehabilitering. Undersøkelsen blant de ansatte i sykehuset og opplysninger gitt i fokusgruppeintervjuene viser imidlertid at det fortsatt er en utfordring å gjøre kommunenes tjenestetilbud kjent i sykehuset. I fokusgruppeintervjuet med ansatte i kommunene ble det sagt at kommunene i dag ikke har utarbeidet gode oversikter over kommunens tilbud som både ansatte i sykehus og brukere kan trenge.

Flere sykehusansatte enn ansatte i de to kommunene opplever i hovedsak samarbeidet om utskrivning av pasienter som godt. Av de 53 ansatte i sykehuset som

har svart på spørsmålet, svarer nesten åtte av ti at samarbeidet om utskrivning av pasienter med de to kommunene om pasienter er godt. De andre, med unntak av én person, svarer at det verken er godt eller dårlig.

Figur 4.12 Hvordan ansatte i kommunene vurderer samarbeidet med nevrologisk avdeling når det gjelder pasienter som skal skrives ut fra avdelingen. N=47. I prosent.



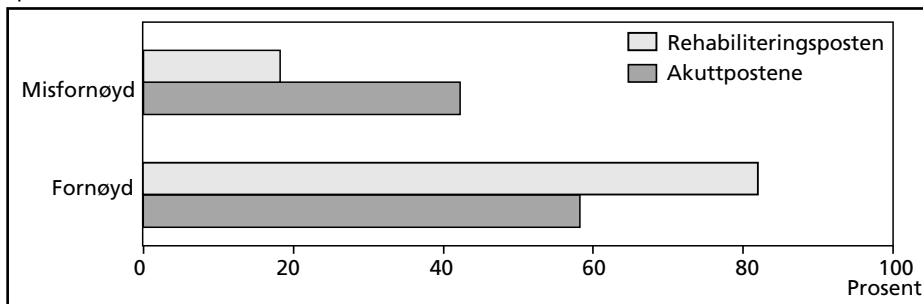
Halvparten av ansatte i kommunene som har svart på spørsmålet, svarer at de alt i alt vurderer samarbeidet med nevrologisk avdeling om utskrivning av pasienter som godt (jf figur 4.12). Fire av ti sier det verken er godt eller dårlig, mens et mindretall (i alt fire personer) forteller at det i hovedsak er dårlig.

4.5 Veiledning av førstelinjen

Halvparten av informantene i sykehuset svarer at de kjenner svært godt eller nokså godt til sykehusets veiledningsansvar overfor kommunene. Ti av de 68 informantene som har svart på undersøkelsen har latt være å svare på spørsmålet.

Cirka åtte av ti ansatte i førstelinjen sier at de er fornøyd med veiledningen som rehabiliteringsposten i nevrologisk avdeling gir (jf. figur 4.13). Noen færre, seks av ti, svarer at de er fornøyd med veiledning som akuttpostene i avdelingen gir. Det er kun 50 av de 90 ansatte i de to kommunene og samarbeidende etater som har svart på spørsmålene. Noen har latt være å svare fordi spørsmålene ikke er relevante. Tjueen personer som har svart på undersøkelsen er saksbehandlere/konsulenter/rådgivere/enhetsledere eller annet som ikke har med direkte pleie eller behandlingsrettet arbeid å gjøre. Men, ansatte som jobber direkte med pleie og behandling, har også latt være å svare.

Figur 4.13 Om ansatte i kommunene er fornøyd med veiledning neurologisk avdeling gir. N=50. I prosent.



Ansatte i sykehuset er spurt om de tror at de to kommunene synes neurologisk avdeling gir for lite, passelig eller for mye veiledning. Av de 52 som har svart på spørsmålet, svarer seks av ti at de tror ansatte i de to kommunene mener de får passelig med veiledning. De andre tror at kommuneansatte synes de får for lite veiledning.

Kun 38 av 90 kommuneansatte har svart på spørsmålet om hvor mye de mottar veiledning fra akuttpostene i neurologisk avdeling. Omtrent like mange svarer at de mottar veiledning i neurologisk avdeling (8 av 38), i kommunen (9 av 38) og både i neurologisk avdeling og kommunen (11 av 38). Flere har svart på hvor de ønsker at veiledning fra akuttpostene skal gis. De fleste (30 av 38) ønsker at veiledning gis både i neurologisk avdeling og i kommunen, noen ønsker at den kun skal gis i kommunen (12 av 46), mens et mindretall (4 av 46) foretrekker å få veiledning i neurologisk avdeling.

Noen flere (44 personer) har svart på spørsmålet om hvor de mottar veiledning fra rehabiliteringsposten, sammenlignet med akuttpostene. De fleste (30 av 44) sier at de blir veiledet både i neurologisk avdeling og i kommunen. Noen svarer i kommunen (11), og noen få svarer kun i neurologisk avdeling (6 av 44). De fleste ønsker at veiledning gis både i neurologisk avdeling og i kommunen (35 av 50). Fjorten personer ønsker at den gis i kommunen, og kun én person ønsker at veiledning kun skal gis i sykehuset.

Ansatte i sykehuset svarer at veiledning finner sted i samme omfang på de samme stedene som kommuneansatte oppgir. De fleste sykehusansatte ønsker, som kommuneansatte, at veiledning skal foregå både i neurologisk avdeling og i kommunen (43 av 53). Ingen foretrekker at veiledningen kun skal gis i kommunen, men ti av 53 ønsker at veiledning kun skal gis i sykehuset.

4.6 Kjennskap til og bruk av rehabiliteringsteamet

Et flertall av informantene som er ansatt i kommunene og i samarbeidende etater som har svart (64%), sier at de har svært god eller nokså god kjennskap til rehabiliteringsteamet. De andre (36%) sier at de har nokså liten eller svært liten kjennskap til teamet. Tjueni personer har ikke svart på spørsmålet, antakelig fordi spørsmålet ikke er relevant for de fleste av disse.

Av de 51 personene som har svart på spørsmålet om i hvilken grad de som jobber i kommunen bruker teamet, svarer halvparten at de bruker teamet i svært eller nokså stor grad. Den andre halvparten sier at de bruker teamet i nokså liten eller svært liten grad.

4.7 Oppsummering

Til tross for at Akershus universitetssykehus har utarbeidet en samarbeidsavtale sammen med kommunene, som definerer sykehusets og kommunenes oppgaver, svarer en fjerdepart av ansatte i førstelinjen og to av ti ansatte i sykehuset at de ikke opplever ansvarsforholdene mellom nevrologisk avdeling og kommunene som klart definert. Mange, halvparten av ansatte i kommunene og nesten fire av ti i sykehuset, har latt være å svare på spørsmålet. En grunn til at så mange opplever ansvarsforholdene som uklare, og til at mange har latt være å svare, kan være at de fleste kjenner dårlig til håndboka om utskrivningsklare pasienter, det vil si samarbeidsavtalen mellom Akershus universitetssykehus og kommunene. Både sykehuset og førstelinjen kan vinne mye på å gjøre de ansatte kjent med innholdet i samarbeidsavtalen.

En betydelig større andel av ansatte i sykehuset, sammenlignet med ansatte i kommunene/samarbeidende etater, svarer at de vet hvem de skal henvende seg til i den andre linjen for å få svar på spørsmål. Nevrologisk avdeling har en utfordring i å vise kommunene hvem de kan ta kontakt med.

Et flertall av de ansatte både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater opplever at samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og kommunene er passelig formalisert. Akershus universitetssykehus er et stort sykehus, og store sykehus kan lett gå i den fellen at de «overformaliserer» samarbeidet med kommunene. Dette ser ikke ut til å være tilfellet for Ahus. Ingen informanter uttrykker at samarbeidet er for mye formalisert.

Flere sykehusansatte (åtte av ti) enn ansatte i kommunene/samarbeidende etater (seks av ti) opplever informasjonsflyten dem imellom som god. Mange, cirka tre av ti både i sykehuset og i kommunene, har ikke svart på spørsmålet.

Flere sykehusansatte (åtte av ti) enn ansatte i kommunene (fem av ti) opplever samarbeidet om utskrivning av pasienter som godt. Misforholdet ser ikke ut til å skyldes at ansatte i kommunene opplever avmakt i utskrivningssituasjoner, fordi sykehuset har myndighet til å bestemme når pasienter skal skrives ut. De fleste, både i nevrologisk avdeling og i førstelinjen, svarer også at de vanligvis er enige om at pasienter er utskrivningsklare. Et flertall av de ansatte i nevrologisk avdeling og i Ullensaker kommune og Rælingen kommune sier at de tar kontakt med sykehuset før det har gått tre dager etter at kommunen har mottatt A-skjema som varsler om at en pasient skal skrives ut. Hovedinntrykket som gis i svarene til ansatte i førstelinjen er også at utskrivningssituasjonen i avdelingen vanligvis er rolig. De fleste gir også uttrykk for at de er fornøyd med informasjonen som både akuttpostene og rehabiliteringsposten i avdelingen gir om pasienter.

Misforholdet mellom sykehusansattes og kommuneansattes vurdering av om samarbeidet om utskrivningspasienter er godt, kan skyldes at cirka halvparten av ansatte i førstelinjen opplever at informasjon pasienter har fått fra nevrologisk avdeling skaper urealistiske forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester etter sykehusopphold. Ni av ti ansatte i sykehus tror derimot at de gir informasjon til pasienter som skaper realistiske forventninger hos pasientene om hvilke tjenester kommunene kan tilby. For at ansatte i sykehuset skal kunne gi pasienter realistiske forventninger om hva de kan forvente å få hjelp til i kommunene, må de kjenne til tjenestetilbudet i kommunene. Kommunene har et ansvar for å gi eller gjøre informasjon om tjenestetilbudet lett tilgjengelig for ansatte i sykehus, og også for brukere og pårørende.

At færre ansatte i kommunene vurderer samarbeidet om utskrivning av pasienter som godt, kan også skyldes at ansatte i kommunene ikke opplever at sykehuset informerer dem nok om pasienter. Fire av ti sykehusansatte mener at de ikke sender med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene som de sender kommunene for å varsle og informere om pasienter som skrives ut fra sykehuset. Fem av ti i førstelinjen opplever at nevrologisk avdeling sender med nok informasjon.

De fleste i førstelinjen er fornøyd med veiledningen som nevrologisk avdeling gir, selv om kun halvparten av ansatte i sykehuset svarer at de kjenner godt til sykehusets veiledningsansvar overfor kommunene. Åtte av ti ansatte i førstelinjen sier de er fornøyd med veiledningen som rehabiliteringsposten gir, mens seks av ti svarer at de er fornøyd med veiledningen som akuttpostene gir. Et flertall av de ansatte både i sykehuset og i kommunene foretrekker, og i større utstrekning enn tilfellet er i dag, at veiledning gis både i sykehuset og i kommunene.

Seks av ti ansatte i kommunene sier de har god kjennskap til rehabiliteringsteamet. Halvparten svarer at de bruker teamet i svært stor eller nokså stor grad.

Kapittel 5 De ansattes vurdering av de kompetansehevende tiltakene

I dette kapitlet gis først en oversikt over de kompetansehevende tiltakene som informantene fra sykehuset og fra kommunene Ullensaker og Rælingen og samarbeidende etater har deltatt i. Deretter belyses følgende spørsmål:

- Hvor fornøyd er ansatte med tiltakene de har deltatt i?
- Hvor synlig og nyttig opplever de at prosjektet har vært?
- Har tiltakene bidratt til å bedre samarbeidet og bygge ned terskler mellom nivåene?
- Hvorvidt har de etablerte møteplassene bidratt til større evne til å se problemstillingene fra andre gruppers ståsted?
- Hvordan oppfattes prosjektet å ha påvirket samarbeidet om individuelle planer?
- Hvorvidt oppfattes prosjektet å ha påvirket tjenestene til brukerne, og bidratt til økt bevissthet om brukermedvirkning?

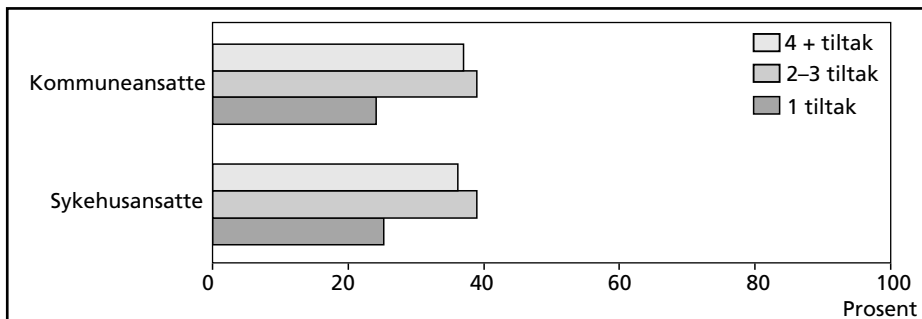
5.1 Tiltakene

Ansatte i kommunene har kunnet delta på i alt ti, og sykehusansatte har kunnet delta på i alt ni kompetansehevende tiltak som er gjennomført i prosjektperioden. Det tiende tiltaket som kun ansatte i kommunene har deltatt på, er hospitering på rehabiliteringsposten i sykehuset. Informantene fra kommunen og samarbeidende etater har gjennomsnittlig deltatt på 2,74 tiltak i prosjektperioden, og ansatte fra sykehuset har i gjennomsnittet deltatt på 3,26 kompetansehevende tiltak.

En fjerdepart av informantene, både i sykehuset og i kommunene, har kun deltatt på ett av tiltakene i prosjektperioden (jf figur 5.1).

Flest informanter, både fra sykehuset og fra kommunene og samarbeidende etater, har fulgt undervisningen som er gitt om individuell plan og seminaret om veiledningsmetodikk (jf. tabell 5.1). Deretter oppgir flest, av kommuneansatte og i

Figur 5.1 Antall kompetansehevende tiltak sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater har deltatt på. I prosent.



samarbeidende etater, at de har fulgt undervisning som er gitt om MS og Parkinson, samt fått veiledning i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan til brukere. Blant sykehusansatte har den tredje største gruppen deltatt på undervisning om de nye helselovene.

Tabell 5.1 Tiltak i prosjektet nevrologisk rehabilitering som ansatte i sykehuset (N=68) og kommunene/samarbeidende etater svarer at de har deltatt på (90). I antall.

	Informanter i sykehuset	Informanter i kommunene/samarbeidende etater
Undervisning om individuell plan	43	39
Veiledning i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan	15	23
Undervisning om rehabiliterende sykepleie	5	14
Undervisning om de nye helselovene	37	12
Undervisning om MS og Parkinson	12	27
Seminar i veiledningsmetodikk	47	46
Kurs i dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid	20	7
Hospitert på rehabiliteringsposten ved sykehuset		19
Undervisning i faglige temaer, rehabilitering, slag, brukermedvirkning m.m	20	12
Eksterne kurs	10	7

De andre kompetansehevende tiltakene informantene har deltatt på i prosjektperioden er: undervisning om rehabiliterende sykepleie, kurs i dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid, undervisning i faglige temaer, rehabilitering, slag, brukermedvirkning m.m. samt deltagelse på eksterne kurs. Nitten informanter i førstelinjen har også hospitert på rehabiliteringsposten ved sykehuset.

5.2 Fornøyd med tiltakene?

Ansatte, både i sykehuset og i kommunene og i samarbeidende etater, gir en positiv vurdering av tiltakene de har deltatt på (jf. tabell 5.2). Noen av tiltakene svarer absolutt alle at de er fornøyd med, mens nesten alle svarer at de er fornøyd med resten av tiltakene. Ingen tiltak skiller seg ut ved at flere av deltakerne er misfornøyd med det eller dem.

Tabell 5.2 Andel ansatte i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater som sier de er fornøyd med tiltakene de har deltatt på. I prosent.

	Informanter i sykehuset		Informanter i kommunene/samarbeidende etater	
		N		N
Undervisning om individuell plan	93	41	95	38
Veiledning i forbindelse med individuell plan	93	14	91	21
Undervisning om rehabiliterende sykepleie	100	5	86	12
Undervisning om de nye helselovene	100	36	92	12
Undervisning om MS og Parkinson	100	7	100	25
Seminar i veiledningsmetodikk	100	45	98	41
Kurs i dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid	100	19	100	7
Hospitert på rehabiliteringsposten ved sykehuset	Ikke spurt		100	18
Undervisning i faglige temaer, rehabilitering, slag, brukermedvirkning m.m	100	20	91	11
Eksterne kurs	100	9	100	7

5.3 Synlighet og nytte

Et flertall av de ansatte (åtte av ti) både i sykehuset og i de to forsøkskommunene og i samarbeidende etater gir uttrykk for at prosjektet har vært synlig for dem.

De fleste, ni av ti både i sykehuset og i kommunene, synes at tiden de har brukt på det eller de kompetansehevende tiltakene har vært fornuftig bruk av tid, sett i forhold til pasientarbeidet.

Prosjektet ser ut til å ha gjennomført kompetansehevende tiltak som flere ansatte i sykehuset, sammenlignet med ansatte i de to forsøkskommunene, har opplevd som relevant for dem og deres arbeidsdag. Fire av ti ansatte i kommunene og i samarbeidende etater svarer at det som prosjektet har arbeidet med, ikke har vært

relevant for dem og deres arbeidsdag. Kun to av ti ansatte i sykehuset svarer det samme.

Tabell 5.3 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i påstander om prosjektet nevrologisk rehabilitering. I prosent.

Påstander	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Jeg har fått økt faglig kunnskap om rehabilitering	70%	49	89%	53

Noen flere informanter fra kommunen, sammenlignet med informanter fra sykehuset, sier imidlertid at prosjektet har gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering (jf. tabell 5.3). Syv av ti ansatte i sykehuset, og ni av ti ansatte i kommunene og samarbeidende etater svarer dette.

Ni av tolv informanter fra kommunene som har hospitert i nevrologisk avdeling sier at de lærte mye nytt. Nesten alle sier også at seminaret om veiledningsmetodikk har lært dem noe nytt (98% av informantene i kommunene og 90% av informantene i sykehuset).

5.4 Samarbeid og terskler

Over halvparten (56%) av informantene fra kommunene og samarbeidende etater svarer at de kompetansehevende tiltakene har ført til at det har blitt lettere å ta kontakt med nevrologisk avdeling. Trettiseks informanter har latt være å svare på spørsmålet. Disse skiller seg ikke ut ved at de kun har deltatt på ett eller to av tiltakene.

Under halvparten av informantene fra sykehuset (46%) forteller at de kompetansehevende tiltakene har ført til at det har blitt lettere å ta kontakt med kommunene. Det er ingen forskjell mellom de to kommunene. Tjueen informanter fra sykehuset har latt være å svare på spørsmålet.

Over åtte av ti, både i sykehuset og i kommunene og samarbeidende etater, sier seg enig i påstanden om at prosjektet har bidratt til at terskelen mellom nevrologisk avdeling og kommunene/samarbeidende etater har blitt bygget ned, slik at det har blitt et bedre samarbeid om brukere.

En av målsettingene med prosjektet har vært å bedre kommunikasjonen mellom ansatte i sykehuset og kommunene/samarbeidende etater om pasientene. Den tidligere omtalte undersøkelsen av samarbeid mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene i 2001, fant at fordi ansatte i de to linjene snakket hvert sitt språk, oppstod det uklarheter og uenigheter (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Uklarheter og uenigheter oppstod blant annet fordi ansatte i sykehuset brukte et «diagnosespråk»

Tabell 5.4 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i påstander om prosjektet nevrologisk rehabilitering har bygget ned terskler mellom nivåer. I prosent.

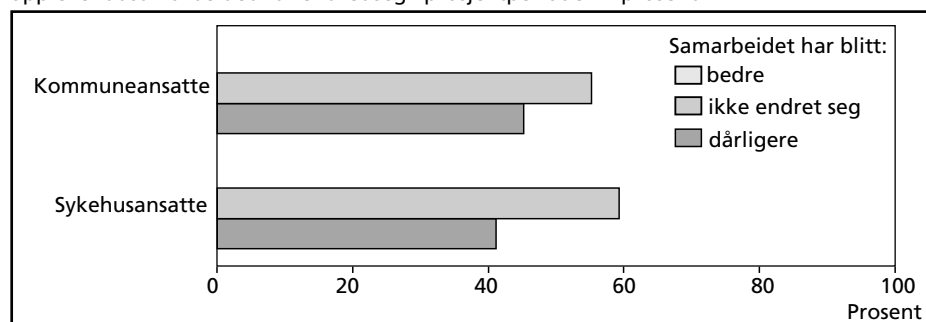
Påstander	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Terskelen mellom min tjeneste og nevrologisk avdeling har blitt bygget ned, slik at vi har fått til et bedre samarbeid om brukere	85%	47	83%	40
Ansatte i nevrologisk avdeling og i kommunen snakker i større grad samme språk	80%	46	72%	39

om pasientene, mens ansatte i pleie- og omsorgstjenestene omtalte «funksjonsnivået til pasienter».

Åtte av ti informanter fra Ahus og syv av ti informanter i kommunene og samarbeidende etater som har svart, mener at de kompetansehevende tiltakene i prosjektet har ført til at ansatte i nevrologisk avdeling og i kommunene i større grad snakker samme språk (jf. tabell 5.4). Så mange som 98 prosent forteller at seminaret om veiledningsmetodikk har ført til at de har fått økte ferdigheter i kommunikasjon. Ni av de tolv informantene som har hospitert i nevrologisk avdeling, mener at hospiteringen har ført til at de i større grad snakker samme språk.

Over halvparten av informantene, både i sykehuset, kommunene og samarbeidende etater sier at samarbeidet har blitt bedret i løpet av prosjektperioden (jf. figur 5.2). Ingen svarer at samarbeidet har blitt dårligere, men mange har latt være å svare på spørsmålet.

Figur 5.2 Om sykehusansatte (49) og ansatte i kommunene og samarbeidende etater (N=42) opplever at samarbeidet har endret seg i prosjektperioden. I prosent.



De fleste ansatte i kommunene som har hospitert i nevrologisk avdeling forteller at hospiteringen har ført til at de har blitt bedre kjent med ansatte sykehuset (10 av 12). Like mange sier at dette tiltaket har ført til et bedre samarbeidsklima mellom nevrologisk avdeling og førstelinjen.

Nesten syv av ti kommuneansatte mener at prosjektet har ført til at nevrologisk avdeling i større grad tar hensyn til kommunene når de er uenig om utskrivning av

pasienter (jf tabell 5.5). Kun fire av ti ansatte i sykehuset sier det samme. Forskjellen kan skyldes at færre ansatte i sykehuset mener at prosjektet har påvirket deres vurderinger, og/eller at de også tok hensyn til kommunene før prosjektet ble igangsatt.

Tabell 5.5 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i påstanden om prosjektet nevrologisk rehabilitering har ført til at nevrologisk avdeling i større grad tar hensyn til kommunene når de er uenig om utskrivning av pasienter. I prosent.

Påstand	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Nevrologisk avdeling tar i større grad hensyn til oss i kommunen når vi er uenig om utskrivning av pasienter	43%	40	67%	27

5.5 Samarbeid om individuell plan

Syv av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater svarer at de kjenner svært godt eller nokså godt til individuell plan (76 av 90 informanter svarte på spørsmålet).

De som har deltatt i undervisningen eller blitt veiledet i bruk av individuell plan, har vurdert noen utsagn om effekten av tiltak om individuell plan. Cirka ni av ti både i sykehuset og i kommunene sier seg enig i påstanden at de har fått god kunnskap om individuell plan (jf tabell 5.6).

Tabell 5.6 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i følgende påstander om effekten av tiltak om individuell plan. I prosent.

Påstander	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Jeg har fått god kunnskap om IP	86%	14	94%	32
Arbeidet med IP er for tidkrevende	52%	21	42%	33
Det har blitt lettere å begynne å utarbeide IP	82%	18	68%	31
IP tilfører ikke noe nytt	18%	22	13%	23

Cirka halvparten sier seg enig i påstanden om at arbeidet med individuell plan er for tidkrevende. Åtte av ti i sykehuset og syv av ti i kommunene og samarbeidende etater sier at tiltakene har ført til at det har blitt lettere å begynne å utarbeide individuell plan. Få sier seg enig i påstanden at individuell plan ikke tilfører noe nytt. Informantene har i tillegg vurdert påstander om hvordan individuell plan påvirker tjenestene til brukerne og ansattes bevissthet om og praktisering av brukermedvirkning. Det vises til at disse spørsmålene analyseres under delkapittel 5.7.

Tjueto ansatte i kommunene og i samarbeidende etater har vært med på å utarbeide individuell plan i prosjektperioden. Av de 20 som har svart på spørsmålet om hvordan de vurderer støtten og veiledningen fra prosjektet, forteller til sammen 13 personer at den har vært til stor hjelp, og fem sier at den har vært til noe hjelp. Kun to personer forteller at støtten og veiledningen har vært til lite hjelp eller at de hadde klart det like bra uten.

5.6 Å se problemstillinger fra andres ståsted

Nesten åtte av ti, både i sykehuset og i de to forsøkskommunene og samarbeidende etater, sier at de kompetansehevende tiltakene har ført til at ulike faggrupper på deres arbeidssted samarbeider bedre om brukerne (jf. tabell 5.7).

Tabell 5.7 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i påstander om prosjektet nevrologisk rehabilitering har ført til et bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. I prosent.

Påstand	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Ulike faggrupper på mitt arbeidssted samarbeider bedre om brukerne	76%	46	78%	49
Det tverretatlige samarbeidet har blitt bedre	Ikke spurt		79%	47

Åtte av ti informanter fra kommunene og samarbeidende etater hevder også at de kompetansehevende tiltakene har ført til et bedre tverretatlig samarbeid.

De som har deltatt i tiltakene om individuell plan har spesifikt blitt spurt om disse tiltakene har påvirket det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet om brukerne.

Nesten ni av ti informanter fra sykehuset og åtte av ti informanter fra de to forsøkskommunene og samarbeidende etater mener at tiltak om individuell plan har ført til at det tverrfaglige samarbeidet om brukerne har blitt bedre (jf tabell 5.8). Åtte av ti informanter fra de to forsøkskommunene og samarbeidende etater mener at tiltakene om individuell plan har ført til at det tverretatlige samarbeidet om brukerne har blitt bedre (jf. tabell 5.8).

Tabell 5.8 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i at tiltak om individuell plan har bedret det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. I prosent.

Påstand	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Det tverrfaglige samarbeidet har blitt bedre	86%	21	77%	31
Det tverretatlige samarbeidet har blitt bedre	Ikke spurt		79%	33

5.7 Brukerne

Åtte av ti informanter både i sykehuset og i kommunene og samarbeidende etater svarer at de kompetansehevede tiltakene i prosjektet har ført til at de setter brukeren mer i sentrum (jf. tabell 5.9). Omtrent like mange forteller at prosjektet har ført til at de har blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats.

Tabell 5.9 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i at prosjektet nevrologisk rehabilitering har ført til at de setter brukeren mer i sentrum, og blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats. I prosent.

Påstander	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Jeg setter brukerne mer i sentrum	78%	49	82%	50
Jeg har blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats	73%	48	83%	53

Ni av ti opplever at tiltak om individuell plan har ført til at de har fått større bevissthet om brukermedvirkning (jf. tabell 5.10).

Tabell 5.10 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i at tiltak om individuell plan har ført til at de har fått større bevissthet om brukermedvirkning. I antall.

Påstand	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	22	24	30	33

Like mange forteller at seminaret om veiledningsmetodikk har gitt dem større bevissthet om brukermedvirkning (jf. tabell 5.12). Også at de i større grad lar pasienten ta ansvar for egne valg, samt at seminaret har påvirket dem slik at de i større grad oppfordrer brukeren til mer egeninnsats.

Tabell 5.11 Om sykehusansatte og ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier seg enig i seminaret om veiledningsmetodikk har gitt dem større bevissthet om, og gjort dem flinkere til å praktisere brukermedvirkning. I prosent.

Påstander	Sykehusansatte	N	Kommuneansatte	N
Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	98%	45	90%	42
Jeg lar pasienten i større grad ta ansvar for egne valg	85%	41	87%	38
Jeg oppfordrer brukeren til mer egeninnsats	86%	41	86%	42

5.8 Oppsummering

Informantene fra kommunene og samarbeidende etater har i gjennomsnittet deltatt på 2,74 av i alt ti kompetansehevende tiltak i prosjektperioden. Informantene fra sykehuset har gjennomsnittlig deltatt på 3,26 av i alt ni tiltak. Flest informanter, både fra sykehuset og fra kommunene/samarbeidende etater har fulgt undervisning som er gitt om individuell plan og seminaret om veiledningsmetodikk. De ansatte uttrykker stor fornøydhet med tiltakene de har deltatt på.

Nesten alle opplever at prosjektet har vært synlig og at tiltakene har vært nyttige.

Prosjektet ser ut til å ha gjennomført kompetansehevende tiltak som flere ansatte i sykehuset, sammenlignet med ansatte i de to forsøkskommunene har opplevd som relevante for dem og deres arbeidsdag. Fire av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater svarer at det som prosjektet har arbeidet med, ikke har vært relevant for dem og deres arbeidsdag. Kun to av ti i sykehuset svarer det samme.

Flere ansatte i kommunene enn ansatte i sykehuset gir uttrykk for at prosjektet har gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering. Ni av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater, og syv av ti ansatte i sykehuset, svarer at prosjektet har gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering.

Åtte av ti informanter, både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater, sier at prosjektet har bidratt til at terskelen mellom nevrologisk avdeling og kommunene og samarbeidende etater har blitt bygget ned, slik at det har blitt et bedre samarbeid om brukere.

Åtte av ti i begge undersøkelsene mener også at prosjektet har bidratt til et bedre samarbeid om brukere mellom faggrupper på deres arbeidsted.

Åtte av ti informanter fra kommunene/samarbeidende etater hevder at de kompetansehevende tiltakene har ført til et bedre tverretatlig samarbeid.

Åtte av ti i sykehuset og syv av ti i kommunene/samarbeidende etater mener at de kompetansehevende tiltakene har ført til at ansatte i de to linjene i større grad snakker samme språk.

Over halvparten av informantene, både i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater, sier at samarbeidet har bedret seg i løpet av prosjektperioden. Ingen sier samarbeidet har blitt dårligere, men mange har latt være å svare på spørsmålet.

Åtte av ti, både i sykehuset og i kommunene og i samarbeidende etater, mener at de kompetansehevende tiltakene har ført til at de setter brukeren mer i sentrum. Like mange forteller at prosjektet har ført til at de har blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats.

Ni av ti som har blitt undervist i og/eller blitt veiledet i bruk av individuell plan, sier at de har fått god kjennskap til denne. Undervisningen blir av de fleste oppfattet som å ha tilført dem noe nytt, og 18 av de 20 personene som har fått støtte og veiledning i utarbeidelsen av individuelle planer, sier at støtten og veiledningen fra

prosjektet har vært til hjelp. Nesten alle av de som har deltatt i tiltakene om individuell plan, sier at disse har bidratt til et bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om brukere. Ni av ti opplever at tiltak om individuell plan har ført til at de har fått større bevissthet om brukermedvirkning.

Kapittel 6 Hvordan har tjenestene og samarbeidet påvirket pasientene?

Prosjektet har et sterkt brukerfokus. Målet med prosjektet er formulert på følgende måte:

«Etablere forpliktende tverrfaglig og tverretatlig samarbeid som ivaretar brukers individuelle behov for helhetlig rehabilitering.»

Det er altså evnen til å ivareta den enkelte brukers individuelle behov som er endemålet med prosjektet. Kompetanseheving og organisasjonsprosesser har vært et sentralt middel for å oppnå dette. Av ressursmessige og praktiske grunner har det vært nødvendig i evalueringen å legge hovedvekt på hvordan ansatte på sykehusene og i kommunene ser på resultatet av prosjektet. Vi har ikke hatt ressurser til å gjennomføre en representativ undersøkelse blant brukerne. For å holde fast ved brukerfokus har vi imidlertid gjennomført noen kvalitative intervjuer med brukere som har vært knyttet til prosjektet.

Vi har gjennomført åtte intervjuer. Hvert intervju varte cirka 45 minutter. Begge forfatterne av evalueringsrapporten intervjuet. Det første intervjuet gjennomførte vi i fellesskap for å sikre en så lik tilnærming som mulig til intervjusituasjonen. På tre av intervjuene var også nærmeste pårørende med på intervjuet. Det ene av disse intervjuene var med en person som hadde store problemer med å snakke. I dette tilfellet var det derfor mest pårørende som førte ordet. Pasienten hadde imidlertid sine egne meninger og gav uttrykk for enighet eller uenighet.

Det var stor spredning blant de pasientene som ble intervjuet. Begge kjønn er representert. For fire av dem var det utarbeidet individuell plan. De som ble intervjuet var slagpasienter, hadde muskelsvinn og MS. Alderen varierte fra 52 år til 75. De var også forskjellige ved enten å ha delvis aktiv sykemelding, være sykemeldt eller pensjonert.

Metoden som ble brukt var semistrukturerte intervjuer. Dette innebærer at vi hadde utarbeidet en felles intervjuguide, med åpne svar. Da vi laget spørsmålene hadde vi som utgangspunkt en idé om at overføringen mellom de forskjellige instansene er den mest problematiske delen av behandlingsprosessen. Intervjuguiden er vedlagt rapporten som vedlegg 4. Fem hovedtemaer er belyst; informasjon om informanten, vurdering av sykehusets tilbud, vurdering av kommunens tilbud, vurdering av samarbeidet mellom sykehuset og kommunen, samt vurdering av

hvordan overføringen mellom sykehuset og kommunen foregikk. Vi belyser følgende problemstillinger:

- Hvordan beskriver brukerne sykehuset og kommunens tjenester?
- Hvordan beskriver brukerne overgangen mellom sykehuset og førstelinjen?
- Hvordan omtaler brukerne «prosjektet»?
- Hvilke erfaringer har de med individuell plan?

En dansk rapport (Høgsbro 2002) om rehabilitering av mennesker med traumatiske hjerneskader konkluderer i elleve punkter. Noen av disse punktene er svært relevante for vår undersøkelse og kan kort refereres på følgende måte:

- Rehabiliteringen bør knyttes så nært til pasientens hverdag som mulig
- Det mest sentrale for pasienten blir hvordan de kan handle i sosiale sammenhenger
- Det er vanskelig å skjelle funksjonstapet fra personlighet og sosialt miljø
- Det er viktig å skape en terapeutisk allianse med klienten
- Arbeid med de pårørendes situasjon er en viktig del av rehabiliteringen
- En må derfor se på samspillet mellom individet og omgivelsene

Disse punktene blir brukt som referanseramme når brukererfaringene skal oppsummeres.

I kapittel 4 i denne rapporten tar vi opp hvordan ansatte beskriver samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og de samarbeidende etatene i kommunene. Det kommer fram noen problematiske områder i dette samarbeidet. Det gjelder for eksempel følgende punkter:

- Uklar ansvarsfordeling
- Urealistiske forventninger til hva kommunen kan stille opp med
- Informasjonsflyten
- Kunnskap om hvem man skal henvende seg til

Vi vil i dette kapitlet se på hvordan pasientene opplever situasjonen. Gjennom intervju med åtte pasienter er det selvsagt umulig å gi et representativt eller utfyllende bilde av hvordan prosjektet har fungert i forhold til å bedre situasjonen for pasientene. Det vi vil prøve å gjøre er å presentere noen bilder som kan vise hvordan prosjektet har fungert for noen av de pasientene de har vært i kontakt med. Før

vi besvarer problemstillingene vil vi presentere noen gode historier og noen skrekk-historier som pasienter og pårørende fortalte.

6.1 Noen gode historier og noen skrekkopplevelser

Intervjusituasjonen var et sterkt møte med personer som har blitt stilt overfor noen av de største utfordringene livet bringer. Når alvorlig sykdom fører til vansker med språk, hukommelse og bevegelighet, medfører det store utfordringer for både pasient og pårørende. Vi har møtt mennesker som har måttet ta opp kampen med livets utfordringer og som på mange måter er hverdagshelter.

Når en selv eller ens nærmeste blir syk, medfører det mye angst og bekymring i tillegg til de plagene som selve sykdommen representerer. Pårørende gir også uttrykk for at tilleggsbelastningene ikke tas helt på alvor. En pårørende som ble intervjuet sammen med en av informantene, sa for eksempel:

«Jeg ble veldig sliten av lange kjøreturer til institusjonen. Det tok 1 ½ time hver veg og jeg dro nesten hver dag.»

Det er viktig at tiltak og tilbud legges opp på en mest mulig hensynsfull måte, slik at det er så enkelt som mulig for de pårørende å holde kontakten med pasienten og for pasienten å holde jevnlig kontakt med sitt nærmiljø og sin familie.

Samtlige av de intervjuede pasientene skryter av det tilbudet de har fått. Allikevel fikk vi presentert mange skrekkhistorier, historier om hvordan helsevesenet *ikke* skal fungere. Vi må spørre oss om hvorvidt disse historiene er representative for hvordan systemet fungerer, eller om de er nødvendige opplevelser når en rammes av sykdom. Noen av disse historiene er gjengitt av pasienter nedenfor:

«Da jeg ble syk trengte jeg tid til å fordøye situasjonen min. Jeg ville ikke ha besøk. Jeg har barn og orket ikke ha besøk, men barna ville ikke akseptere dette. Dette ble en belastning for min ektefelle. Min ektefelle har et godt forhold til barna mine, men skjønnte at jeg ikke ville ha dem rundt meg. Det ble krise i familien. Først sa legen at det var greit at jeg ikke ville ha besøk. Men etter det andre slaget sa legen at de ikke ville nekte noen å besøke meg. Vi tok det opp med pasientforeninga. Jeg følte alle gikk over hodet på meg, og fikk panikk.

Jeg synes sykehuset er fantastisk bra. De er dyktige og flinke til å informere, bortsett fra én episode, dagen etter jeg fikk slag. Min ektefelle ble ringt opp og informert om dette. Sykepleieren sa min ektefelle skulle få snakke med en lege da, men det tok flere timer før min ektefelle fikk treffe en lege. Så traff min ektefelle en lege som ikke kjente meg, ikke hadde noen journal og som ga enkelte

feilinformasjoner. Han kunne ikke svare på noe. Min ektefelle måtte foreslå for han at han skulle hente journalen. Da ba min ektefelle om å få snakke med en annen lege. En annen gang måtte min ektefelle vente på vakthavende. Min ektefelle ventet 12 timer og fikk aldri orden på noen ting.»

Ektefellen sier følgende om situasjonen:

«Jeg fikk panikk, ble redd. Den jeg er gift med lå der helt borte. Jeg tenkte; vet de hva de gjør her?»

En annen av pasientene fortalte følgende historie:

«Jeg tok medisinen og la meg på senga. Etter to timer var jeg lam i beina. Jeg klarte ikke gå. Jeg ringte legen, som mente at reaksjonen var bivirkninger av hjertemedisiner som jeg tok. Jeg ringte legen igjen, sa at beina visnet. Legen sa han aldri hadde hørt det var så ille, men at det ville bli bra igjen dagen etter. Etter 2 timer ringte jeg legen igjen og ba om å få bli lagt inn på sykehus. Legen sa nei, og at sykehuset ville si nei. Jeg ringte flere ganger til legen utover kvelden, for jeg ble verre og verre. Legen ringte ikke tilbake. Jeg har en datter som er sykepleier, hun forlangte å få snakke med legen. Legen var opptatt. Det tok 2 timer før hun fikk snakket med han. Sa at jeg var lamma i beina. Da reagerte han og ringte og forhørte seg med andre leger, men tok ikke initiativ. Han overlot avgjørelsen til datteren min, som ringte etter ambulanse.»

En tredje informant forteller:

«Det var like etter nyttår og ikke lett å komme inn på sykehuset. Jeg fikk virkelig inntrykk av at de ikke var der for pasientenes skyld.»

Det disse historiene har til felles er at når mennesker opplever alvorlige problemer, er det viktig å bli hørt. En lærdom av denne typen opplevelser kan være at det er viktig for pasientene å ha faste kontakter som kjenner dem og som er i stand til å vurdere situasjonen, slik at de nødvendige tiltakene settes inn på det rette tidspunktet. Noe har sviktet i systemet når en pasient kan sitte hjemme og kjenner at han/hun blir lam, uten å bli tatt på alvor når han/hun forteller om det.

6.2 Overgangen mellom sykehuset og førstelinjen

Ved starten av evalueringen hadde vi en idé om at det som skjer med pasientene ved overgangen mellom sykehuset og det lokale hjelpeapparatet, er en nøkkel til å forstå hvordan samarbeidet mellom førstelinjen og sykehuset fungerer. Oppstår det et

brudd i behandlingen? Hvordan overføres informasjon fra den ene instansen til den andre? Vi spurte derfor informantene om hvordan de opplevde denne overgangen. Svarene beskriver i hovedsak en god prosess, og informantene er fornøyd med måten dette skjedde på.

«Jeg har inntrykk av at det er et godt samarbeid mellom kommunen og sykehuset. Min ektefelle hadde alle piggene ute i forhold til at ansvaret skulle overføres til kommunen, min ektefelle var redd for at det skulle bli et dårlig tilbud. Alle profesjonene har vært hjemme hos oss. Vi fikk noen signaler om at vår kommune ikke var bra, men man skal ikke stole på alt man hører. Vi var veldig usikre på hva som skulle skje etterpå. Kommunale fagfolk kom på møtet i Rehabiliteringsinstitusjonen i andrelinjen. Det var der prosjektet ble presentert. Kommunen kunne kommet inn i en enda tidligere fase. Vi var skeptiske til hva kommunen hadde å komme med, men egentlig har jeg fått maks av hva jeg kan forvente.»

En annen av informantene forteller følgende:

«Samarbeidet har fungert bra. Folk herfra besøkte meg i Rehabiliteringsinstitusjonen i andrelinjen. Når jeg kom til Rehabiliteringsinstitusjonen hadde jeg med meg papirene. Det var nok til å få i gang opptrening. En fysioterapeut fra Rehabiliteringsinstitusjonen ble med hit for å informere. Overgangen har fungert bra. Ting har stort sett skjedd når det skulle – det var litt forsinkelser. Når det gjaldt tilrettelegging hjemme må jeg betale noe av egen lomme, men.. »

En tredje kommentar lyder som følger:

«Da jeg lå på sykehuset hadde jeg kontakt med folk på rehabiliteringsavdelingen. Jeg har inntrykk av at det er et godt samarbeid mellom kommunen og sykehusets folk.»

En fjerde kommentar:

«Overføring fungerte bra. Vi fikk levert hjelpemidler den dagen jeg kom hjem fra sykehuset.»

Disse positive beskrivelsene av overgangen brytes bare av én av informantene som gir et litt annet bilde:

«Ingen fra kommunen har besøkt meg på sykehuset. Det er sykehuset som har informert i kommunen.»

De gode historiene beskriver hvordan representanter for den instansen som pasienten skulle overføres til kom på besøk og ble kjent med pasienten før overføring. De beskriver også hvordan for eksempel sykehusets representanter følger opp med å ringe

etter en stund for å spørre hvordan det går. Det ser ut som om folk fra prosjektet har vært flinke til å følge opp pasientene i overgangsfasen.

6.3 Hvordan omtaler brukerne «prosjektet»?

De pasientene vi intervjuet, roste prosjektet. De var særlig fornøyd med prosjektmedarbeiders første kontakt og med den personen som var deres hovedkontakt i prosjektet. Pasientene hadde fått presentert spørsmålet om de ville delta i prosjektet som et tilbud. Det var et tilbud som de så på som meget positivt. Noe av dette gjen-speiles i følgende to sitater:

«Prosjektmedarbeider tok kontakt og jeg fikk en veldig positiv inntilling til prosjektet. Jeg gruet meg til å bli skrevet ut til kommunen, jeg har selv vært kommuneansatt i 20 år. Det hadde vært så vanskelig å være saksbehandler for den gruppen mennesker. Jeg har opplevd det veldig positivt å være med i prosjektet, føler at de har gjort sitt beste. I begynnelsen var jeg ikke fornøyd med behandling og informasjon ved sykehuset.»

«Første gang vi hørte om prosjektet, var på et møte på Sia. Det ble presentert som et samarbeid for å følge opp pasientene og utnytte kapasiteten.»

Flere av informantene understreket hvor viktig det var at noen tok kontakt med dem. De fikk på den måten inntrykk av at noen brydde seg. Dette uttrykkes for eksempel i følgende sitat:

«Først oppsøkte prosjektmedarbeider meg og spurte om jeg ville være med på prosjektet. Det gjaldt oppfølging inne på sykehuset og i forhold til kommunen. Jeg har hatt et meget positivt inntrykk av dem. Jeg pratet med dem og de fulgte fint opp. Dessuten har jeg hatt kontakt med den lokale representanten etterpå. Hun spurt hvordan det var der jeg var, og hvordan jeg hadde det i kommunen nå.»

Det er imidlertid ikke sikkert at det er helt klart for informantene hva som har vært prosjektets del av prosessen, og hva som har vært andre hjelpeinstanser. En av informantene sier for eksempel følgende:

«Det tok lang tid før jeg skjønnte forskjellen på rehabiliteringsteamet og prosjektet.»

Dette siste sitatet kan stå som en innledning til en diskusjon om hvordan prosjektet har fungert for den enkelte pasient. Under intervjuene ble vi slått av at det kan se

ut som om prosjektet har blitt en egen hjelpeinstans mellom kommunen eller sykehuset på den ene siden og pasienten på den andre. Det ser ut som om prosjektet har truffet et hull i systemet. Prosjektet har vært en instans som den enkelte pasient og deres pårørende kan forholde seg til og som sørger for at koordineringen mellom instansene ikke skjer over hodet på dem.

Følgende to sitater peker i den retningen:

«Jeg vet ikke så mye om prosjektet. Jeg var på rehabilitering mer enn 5 uker. Noen fra prosjektet besøkte meg flere ganger der. Jeg vet ikke hva de har gjort, men jeg føler meg tryggere. Jeg opplever at jeg har fått en representant, en støttespiller ved siden av meg. Det er jeg glad for. Hva de har jobbet med ved siden av, har ikke jeg greie på.»

«Det er godt å ha en stemme og et ansikt å forholde seg til. Jeg har jobbet i sosialsektoren. Det er veldig forskjellig å jobbe i systemet og å være pasient. Vi er ganske fornøyd med det kommunale systemet. Vi har søkt på lite, men det vi har søkt på, har vi fått. Kontaktpersonen i prosjektet sørget for at vi søkte. Vi er fornøyd med oppfølgingen. Det ville vært vanskelig uten prosjektet. Vi er redd vi ville vært sendt fra den ene til den andre.»

Følgende sitat er illustrerende for behovet for koordinering mellom de forskjellige hjelpeinstansene:

«Prosjektet var viktig for å få meg gjennom første fase. Jeg har ikke angret en dag på at jeg sa ja til å være med på prosjektet. Det mest kinkige har vært saksbehandling i forskjellige etater. Prosjektet gjorde at jeg kunne være med på forsøk med tilrettelagt transport. Prosjektet har medført uformelle kontakter som det har vært enkelt å forholde seg til.»

En annen understreker behovet for bedre informasjon og hvordan prosjektet bidro til dette:

«Jeg synes ikke jeg fikk nok informasjon om diagnosen og heller ikke hvordan man bør leve når man har hatt slag. Jeg har meldt meg inn i pasientforeningen i Oslo. Har ikke fått informasjon om andre typer tilbud. Jeg synes det har blitt en forbedring de siste årene når det gjelder informasjon.»

Et tredje aspekt som understrekes er forholdet til de pårørende:

«Det er positivt at de la vekt på at de pårørende var viktige. Det ble veldig sterkt poengtert. Vi har følt oss veldig trygge. Vi kan utveksle synspunkter hele tiden. Vi synes prosjektet er veldig nyttig. Bedre koordinering er et must.»

Personlig omtanke, bedre koordinering, bedre informasjon og mer bevisst forhold til pårørendes rolle understrekes som viktige bidrag fra prosjektet i forhold til den enkelte pasient. Alt dette må oppsummeres som positive bidrag. Dessuten har vi fått illustrert hvordan prosjektet har dekket et hull i systemet. Intervjuene viser at det er behov for en koordinering som sørger for at behandlingen ikke skjer over hodet på brukerne. En slik koordinering er en av hovedgrunnene til at prosjektet ble opprettet. I samband med innføring av rett til individuell plan ble kommunene pålagt å etablere en koordinerende enhet (SHD 2001). I prosjektet er det jobbet bevisst med å utvikle denne koordineringen, og det er arbeidet med å etablere koordinerende enheter i kommunene. Disse enhetene vil sikre videreføring av prosjektets koordinerende rolle. Intervjuene illustrerer at det er viktig å utvikle denne funksjonen, slik at den involverer brukerne i arbeidsprosessen.

6.4 Erfaringer med individuell plan

Igangsetting av arbeid med individuelle planer, slik alle nå har rett til etter pasientrettighetsloven, er et hovedelement i prosjektets virksomhet. Halvparten av informantene hadde fått utarbeidet individuell plan. Følgende historie forteller om en av pasientenes erfaringer med individuell plan.

«Ektefelle fant informasjon om individuell plan på nettet, og tok opp det med individuell plan etter at jeg hadde vært noen dager på rehabiliteringssenteret. En prosjektmedarbeider var med på det første møtet. De har alltid vært med på møtene. Det første møte om individuell plan var hjemme hos meg i april. Da var alle fagpersoner med. Ergoterapeuten fra rehabiliteringssenteret er kontaktperson.

Jeg føler at vi har fått være med å påvirke planen. Koordinatoren spurte hele tiden, hva ønsker dere. Det var vanskelig å svare på hva vi ønsker. Vi tør ikke ønske, det er så lett å bli skuffa. Koordinatoren har laget en plan som går over 2 år med masse delmål og oversikt over hvem som har ansvar for hva. Planen er fin, men jeg har og en følelse av at jeg sitter med et stykke papir. De har vært flinke til å komme hjem og trene meg på enkelte ting.

Delmålene er ikke nådd. De første målene som ble satt opp var for store mål. Sykehuset var ikke med på møtet om individuell plan, det var bare kommunens ansatte. Ingen nevrolog var med. Prosjektet skulle se til prosessen. Siden det ikke var medisinske fagpersoner fra sykehuset, ble det forespeilet urealistiske mål.»

Dette eksempelet beskriver prosessen rundt en individuell plan. Pasienten og ektefellen opplever planen som urealistisk. De forteller at de tror på det fagfolkene sier om hva det er mulig å oppnå ved trening, men blir skuffet fordi pasienten ikke klarer å nå disse målene. De spør derfor hvorfor det ikke var en nevrolog med på planleggingen. De har en idé om at en slik ekspert ville kunne bidra til at planen ble mer realistisk. Et annet ektepar forteller en annen historie:

«Vi har en tidligere historie med helsevesenet, da gjaldt det kreft. Den gangen opplevde vi at folk trakk seg unna. Vi har hatt en annen opplevelse nå. Vi har måttet tenke på nytt; vi måtte kutte ut å bry oss om at vi legger ut både liv og sjel til mange. Det blir mer helhetlig når vi diskuterer åpent med alle faggruppene. Det har vært et par tre møter og ett oppfølgingsmøte. Nå skal planen justeres.

Det fungerer bra med fysioterapeut som koordinator. Vi hadde planen skriftlig en uke etter at vi hadde møtet. Diskusjonen var interessant. Det ble mindre farlig. Det er positivt at planen er en målplan. Det er *mine* mål. Foreløpig har det fungert bra.»

Et viktig aspekt ved den individuelle planen er at den skal være tverrfaglig og at alle aktuelle hjelpere skal være med i samarbeidet om utarbeidelse av planen. Dette paret beskriver den brede gruppen av deltakere i prosessen som en belastning, som de allikevel har funnet seg i fordi de ser at en individuell plan kan fungere positivt. De peker også på at de har et eiendomsforhold til målsettingene, og at planen har fungert slik de ville. En tredje informant forteller følgende om prosessen rundt individuell plan:

«Det er satt opp en individuell plan. Den blir fulgt så langt det er mulig å gjøre. Det har gått over all forventning. Vi følger planen. Prosjektmedarbeider fra prosjektet har hjulpet til. Det første møtet var i forbindelse med utskrivningen på rehabiliteringsavdelingen. Det var mange til stede, og det var et veldig bra møte. Da ble jeg fortalt hva som skulle skje framover.»

En slik positiv vurdering av arbeidet med individuell plan kommer også fram i følgende sitat: Men i dette tilfellet er planen fortsatt under arbeid:

«Vi har kommet ganske godt i mål. Det står igjen et par ting. Folk fra prosjektet, støttekontakt, fysioterapeut, ergoterapeut og fastlegen har vært med i prosessen. Jeg synes det gikk veldig bra. En hjelpepleier er koordinator. Prosjektet har vært veldig viktig. En kan ha uformell kontakt med dem, og det har vært veldig viktig.»

En av informantene som ikke hadde fått utarbeidet individuell plan beklaget det:

«Det kunne vært positivt med individuell plan, men vi har ikke fått noe slikt tilbud.»

Informantene beskriver altså at den individuelle planen har fungert positivt på to nivåer. Det har hjulpet dem til å sette realistiske mål og bidratt til koordinering av de forskjellige hjelpernes innsats. Bare en av våre informanter mener at planen har satt opp urealistiske mål.

Ifølge veiledningen for individuell plan som Sosial- og Helsedepartementet gav ut i 2001 (SHD 2001) skal alle instanser som er involvert i arbeidet med den enkelte pasient være med på utarbeidelse av individuell plan. Ut fra intervjuene ser det ikke ut til at sykehuset har vært direkte involvert i arbeidet med å utarbeide planene. Dette skyldes at arbeidet med individuell plan skjedde etter at brukeren var overført til kommunen. Det er likevel grunn til å spørre om ikke representanter for sykehuset burde vært med i prosessen; i hvert fall i oppstartsmøter for enkelte pasienter. Dette kunne bidratt til en mer helhetlig tilnærming og bedre samspill mellom første og andre linje.

Representanter for prosjektet har vært direkte inne i arbeidet med den individuelle planen. Igjen kan det se ut som om de har spilt en rolle ved å tette igjen et hull i systemet, og igjen kommer spørsmålet: hvordan vil prosjektet bli fulgt opp og hvem tar denne initierende og koordinerende rollen videre?

6.5 Oppsummering

Innledningsvis i dette kapitlet refererte vi seks påstander om rehabilitering. Den første lød: rehabiliteringen bør knyttes så nært til pasientens hverdag som mulig. Materialet fra informantintervjuene tyder på at brukere har opplevd at prosjektet har bidratt til en slik tilnærming. Arbeidet med individuell plan har tatt dette som utgangspunkt og får en positiv vurdering av brukerne. Det er ett unntak, en av informantene mener målene har vært urealistiske.

De to neste påstandene vi refererte innledningsvis i kapitlet lød: for pasientene er det viktig hvordan de kan fungere i sosiale sammenhenger, og det er vanskelig å skjelve funksjonstapet fra personlighet og sosialt miljø. Dette tilsier en helhetlig tilnærming til pasientens situasjon. Tverrfaglighet kan skape kompliserte samarbeidsforhold, og det ser ut til at brukerne mener at prosjektet har bidratt til større grad av samarbeid på tvers av faggrensene. De tre siste påstandene vi refererte innledningsvis gjaldt forholdet mellom fagfolkene og pasienten, forholdet til pårørende og samspillet med omgivelsene. De fleste av brukerne vi har snakket med oppfatter at det er blitt et samarbeid mellom brukerne og fagfolkene. Særlig gjelder dette arbeidet

med individuelle planer. De pårørende som var på intervjuene ser også ut til å ha blitt tatt med som en viktig del av rehabiliteringen. Imidlertid kan dette langt på vei ses som et resultat av deres egen stå-på-evne. Brukernes beskrivelser av prosjektet tyder på at prosjektet har bidratt til å bedre fokuseringen på samspill mellom individet og omgivelsene.

Prosjektet har jobbet bevisst med utprøverrollen som en del av prosessen. De har prøvd å utvikle koordinatorrollen gjennom å prøve den ut. Brukerne er i stor grad fornøyd med prosjektets rolle som formidler og koordinator i et omfattende konglomerat av hjelpeinstanser. De problematiske områdene som de ansatt beskriver, oppleves imidlertid også fra brukersiden. For brukerne og de pårørende skaper disse uklarhetene angst og usikkerhet, og er med på å undergrave troen på systemet. Mange av informantene presenterte en ambivalens. De har opplevd problemer med informasjon, koordinering og det å bli trodd på i sin beskrivelse av situasjonen. Samtidig er alle takknemlig overfor hjelperne enten de kommer fra prosjektet, sykehuset, rehabiliteringsinstitusjon eller det kommunale systemet. Utsagn som «vi har vært heldige» er gjennomgående i intervjuene. De har hatt vansker med å forstå ansvarsfordelingen mellom første og annen linje. Informasjonen har ikke alltid vært god nok, og de har engstet seg for at ikke tilbudene skal holde mål. Det ser ut som om prosjektet har bidratt til en bedring på disse punktene.

Med utgangspunkt i brukerintervjuene har vi spurt om prosjektet i noen grad er blitt en selvstendig hjelpeinstans, mer enn en tilrettelegger. Prosjektet har vært opptatt av at de både skal ha en prosesshjelperrolle og en utprøverrolle. Prosesshjelperrollen innebærer å legge til rette for at aktiviteten forankres i grunnorganisasjonen som skal føre arbeidet videre når prosjektet avsluttes. Utprøverrollen innebærer mer aktivt arbeid med direkte utprøving av tiltakene. Prosjektet har blant annet arbeidet med å prøve ut virksomheten som koordinerende enhet. Det mangler en integrerende instans mellom pasienten, de pårørende og det mangfoldige hjelpeapparatet som er inne i en nevrologisk rehabiliteringsprosess. I tillegg til utprøving av koordinerende enhet kan det se ut som om prosjektets folk har gjort tiltak som de har opplevd som nødvendige i den konkrete situasjonen. For å videreføre prosjektet er det etablert koordinerende enhet på sykehuset og i kommunene. Når prosjektet skal avsluttes, bør arbeidet med videreutvikling av den koordinerende rollen fortsette, ikke minst i forhold til hvordan den enkelte bruker involveres i samarbeidet. Ansvar for oppfølging og koordinering må plasseres hos en fagperson som også får ressurser til å ivareta helhetsperspektivet i arbeidet.

Kapittel 7 Avslutning

Hovedhensikten med prosjekt neurologisk rehabilitering har vært å gjennomføre kompetansehevende tiltak for å bygge ned terskler og bedre samarbeidet om pasienter mellom nivåer og faggrupper. Hovedinntrykket som undersøkelsene som er gjennomført i denne sluttevalueringen gir, er at prosjektet har klart å få til mye. Ansatte både i kommunene og samarbeidende etater og neurologisk avdeling gir gode skussmål til prosjektet. Brukerne som er intervjuet forteller også om et prosjekt som har gitt dem noe. Ansatte på prosjektet får svært god omtale. Prosjektet har startet en prosess med å bedre samarbeidet om pasienter, som ikke bør stoppe opp. Undersøkelsene viser at de kompetansehevende tiltakene har påvirket samarbeidet til å utvikle seg i en positiv retning, men at mye fortsatt gjenstår. Intervjuene med brukerne indikerer også dette.

Vi mener det vil være hensiktsmessig å gjennomføre en del av de vellykkede kompetansehevende tiltakene som ansatte har deltatt i blant nyansatte. For at den igangsatte prosessen med å bygge opp en faglig samarbeidskultur mellom sykehuset og kommunene ikke skal stoppe opp, bør det i tillegg tilbys nye tiltak for å opprettholde og videreutvikle kompetanse og kontakt mellom ansatte som har deltatt i forsøket. En viktig utfordring ligger også i å overføre erfaringer og praksis fra dette forsøket til andre kommuner som samarbeider med neurologisk avdeling.

I det videre arbeidet er det viktig at det legges vekt på at prosessen videre integreres i avdelingen og kommunene. Prosjektet har i siste fase vært opptatt av at de tiltakene de har prøvd ut skal forankres i den organisasjonen. En viktig del av prosjektet har vært å etablere koordinerende enhet på sykehuset og i kommunene som skal videreføres etter prosjektets avslutning. Gjennomgangen av brukerintervjuene peker imidlertid mot at det er viktig at denne koordinerende enheten videreutvikles faglig, særlig med hensyn til hvordan samarbeidet med brukere og pårørende ivaretas.

Vi vil understreke at prosjektets hovedmål har vært å bidra til en organisasjonsutviklingsprosess. For å få til en slik prosess, må man først sette opp de sentrale målene. Deretter må de som skal lede prosessen i stor grad bruke sine prosjektressurser på kommunikasjon med deltakerne i prosessen, slik at veien justeres etter som en gjør erfaringer. En slik dynamisk tilnærming til endringsprosesser vil måtte legge store ressurser inn i kommunikasjonen, og trekke dem som omfattes av prosessen aktivt med i utformingen av endringene. Det er viktig med et nedenfraperspektiv (Collins 1998). I en slik prosess vil en måtte endre både mål og midler underveis.

7.1 Hva har prosjektet fått til?

Økt faglig kunnskap og fokusering på bruker

De ansatte gir i undersøkelsene uttrykk for at prosjektet har klart å gi de fleste som har deltatt på arrangerte tiltak økt faglig kunnskap om rehabilitering. Noen flere ansatte i kommunene enn i sykehuset gir uttrykk for at de har fått mer kunnskap. Prosjektet ser også ut til å ha lyktes med å bevisstgjøre ansatte i forhold til brukeren. Et stort flertall av ansatte i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater forteller at de kompetansehevende tiltakene har ført til at de setter brukeren mer i sentrum. Like mange sier at tiltakene har påvirket dem til å bli flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats.

Nedbygging av terskler

Nesten alle ansatte i sykehuset og i kommunene/samarbeidende etater sier at tiltaket/ene de har deltatt på har ført til at terskelen mellom nivåer og faggrupper har blitt bygget ned, slik at de har fått et bedre samarbeid om pasienter. De ulike tiltakene har vært et møtested for de som jobber i sykehuset og i kommunene og samarbeidende etater. Det å møte ansatte fra andre steder i tjenesteapparatet har gjort det lettere å ta kontakt med ansatte i andrelinjen. Økt kunnskap om rehabilitering blant ansatte i kommunene har også ført til at sykehusansatte og ansatte i kommunene i større grad forstår hverandre. Nesten alle forteller at de kompetansehevende tiltakene har ført til at ansatte i de to linjene i større grad snakker samme språk.

Økt kunnskap om individuell plan

En viktig målsetting for prosjektet har vært å gjøre individuell plan kjent for ansatte. Nesten alle som har blitt undervist og/eller veiledet i individuell plan forteller at disse tiltakene har ført til at de har fått og kjennskap til individuell plan. De kjenner nå til hva som er lovgivningens krav om individuelle rehabiliteringsplaner.

Kommunene har kommet i gang med å praktisere individuell plan

De to forsøkskommunene har kommet godt i gang med arbeidet med å utarbeide individuelle planer for brukere. Ansatte på prosjektet har både deltatt som initiativtakere og rådgivere i disse prosessene. Nesten alle undersøkte som har fått støtte og veiledning i utarbeidelsen av individuelle planer, sier at dette har vært til hjelp. Inntrykket som intervjuene med brukere gir er at individuell plan kan ha en god funksjon når den fungerer. Bruk av individuell plan har for tre av de fire brukerne ført

til at de har fått et mer samordnet og forutsigbart rehabiliteringstilbud fra kommunen. Én av brukerne har ikke hatt så stor nytte av individuell plan, og hovedgrunnen til dette ser ut til at det i det første møtet ble skapt urealistiske forventninger om hvor funksjonsdyktig vedkommende kunne bli i løpet av kort tid. Ingen ansatte fra sykehuset har deltatt på møter i kommunene i utarbeidelsen av individuell plan. Det kan se ut som om det kan være hensiktsmessig at personell fra sykehuset deltar med sin kunnskap i det første møtet om individuell plan i kommunen for pasienter som skal trene opp store funksjonstap.

Prosjektmedarbeiderne har vært opptatt av sykehusets rolle i arbeidet med individuell plan og formidlet sine tanker om dette både i ulike møter og gjennom prosjektnytt. De har formidlet at sykehuset i første rekke skal ha et ansvar i forhold til å informere pasienter og pårørende om retten til individuell plan, melde behov for individuell plan til kommunen og være veiledere i utarbeidelsen av planen. I tillegg har de hevdet at sykehuset må gi skriftlig dokumentasjon til kommunene om hvilke mål og tiltak sykehuset har jobbet med, samt si noe om utfordringer videre og eventuelt noe om rehabiliteringspotensialet, for å gi kommunene et godt utgangspunkt for selve planarbeidet. Et tiltak som foreslås er at sykehuset inviterer til samarbeidsmøter mens pasienten er innlagt. Intervjuene med brukerne og ansatte i sykehuset viser imidlertid at sykehuset fortsatt har en vei å gå når det gjelder å avklare hvilken rolle de skal ha i forhold til disse planene. Flere sykehusansatte svarer i undersøkelsen at de ikke vet hvordan de skal forholde seg til individuell plan, og at sykehuset fortsatt har en jobb å gjøre.

Ansatte i prosjektet har gitt brukerne trygghet

Brukerne beskriver hvordan oppfølgingen fra prosjektet har bidratt til at de har opplevd mindre utrygghet for hva som venter dem ved overføring til en ny hjelpeinstans. Et viktig bidrag i denne sammenhengen er at noen fra for eksempel kommunen tar kontakt med pasienten for utskrivning, for å høre hvordan det har gått. Brukerne har opplevd at noen personer har fulgt dem gjennom systemet, og dermed har overgangen blitt mindre skremmende.

Et bedre samarbeid

Prosjektet har oppnådd å få til et bedre samarbeid, organisasjonsendringer og et svært godt grunnlag for ytterligere utvikling av relasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten.

7.2 Fortsatt utfordringer?

Beskrivelsene av samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og kommunene/samarbeidende etater som gis i fokusgruppeintervjuene og i spørreskjemaundersøkelsene viser at ansatte i de to linjene fortsatt står overfor store utfordringer i samarbeidet om pasienter.

Ansvarsforholdene mellom første- og andrelinjen

Halvparten av ansatte i kommunene og tre av ti ansatte i sykehuset opplever ansvarsforholdene som uklare. Mange har også latt være å svare på spørsmålet om de opplever ansvarsforholdene mellom første- og andrelinjen som klart definert. Grunnen til dette ser ut til å være at de fleste kjenner dårlig til håndboka om utskrivningsklare pasienter, det vil si samarbeidsavtalen mellom Ahus og kommunene. Både sykehuset og førstelinjen kan vinne mye på å gjøre de ansatte kjent med innholdet i samarbeidsavtalen.

Nevrologisk avdeling skaper urealistiske forventninger

Prosjektet har gjort en innsats for å gjøre kommunenes tjenestetilbud kjent i nevrologisk avdeling. Likevel sier halvparten av ansatte i kommunene og samarbeidende etater at de opplever at informasjonen pasienter får fra nevrologisk avdeling, skaper urealistiske forventninger om hva kommunene kan tilby av tjenester etter sykehusopphold. Kommunene har et ansvar for og en utfordring i å gjøre informasjon om tjenestetilbudet lett tilgjengelig for ansatte i sykehus, og også for brukere og pårørende. Ansatte i sykehuset har på sin side en utfordring når det gjelder å gjøre seg kjent med tjenestetilbudet i kommunene.

Dårlig informasjonsflyt og for lite informasjon

Nevrologisk avdeling har en utfordring både når det gjelder å informere kommunene om pasienter, og å synliggjøre hvem kommunene kan ta kontakt med i avdelingen for spørsmål om pasienter. Nesten halvparten av ansatte i førstelinjen forteller at informasjonsflyten mellom nevrologisk avdeling og dem ikke er god. Like mange sier at sykehuset ikke sender med nok informasjon om pasienter i A-, B- og C-skjemaene som de sender kommunene for å varsle og informere om pasienter som skrives ut fra sykehuset. Mange ansatte i kommunene gir også uttrykk for at de ikke vet hvem de skal henvende seg til i andrelinjen for å få svar på spørsmål.

Minst relevant for ansatte i kommunene

Fire av ti ansatte i kommunene/samarbeidende etater sier at det som prosjektet har arbeidet med, ikke har vært relevant for dem og deres arbeidsdag. Kun to av ti i sykehuset svarer det samme. Svarprosenten på undersøkelsen som er gjennomført blant ansatte i kommunene er lav, noe som også kan være et uttrykk for at prosjektet ikke i like stor grad har nådd ut til kommunene, som til sykehusansatte.

7.3 Hva mener ansatte om veien videre?

I de to spørreskjemaundersøkelsene blant sykehusansatte og ansatte i kommunene ble det avslutningsvis stilt åpne spørsmål om hva de mener trengs videre av kompetansehevende og andre tiltak. I alt 15 kommuneansatte og 16 sykehusansatte har kommet med forslag. Det kjennes riktig å avslutte evalueringen med å gjengi disse forslagene.

Gjøre mer av det som fungerer

Ansatte både i sykehuset og i kommunene gir uttrykk for at de ønsker mer kunnskap. De foreslår at nyansatte blir undervist om temaer som de allerede har vært igjennom i prosjektet, samtidig som undervisning om temaer som prosjektet ikke har dekket, eller som trenger oppfølging, blir etterlyst. Dette gjelder: sykdommer/diagnoser, krisereaksjoner/tap, behandling, brukermedvirkning, individuell plan og tverrfaglig samarbeid. For å opprettholde kontakten mellom nevrologisk avdeling og kommunene, foreslås det at undervisningen blir gitt samtidig til ansatte i de to linjene.

Innføre obligatorisk seminar om veiledningsmetodikk

Alle informantene, også de som ikke har deltatt på seminaret om veiledningsmetodikk, er spurt om de synes seminaret bør bli obligatorisk. Av ansatte i kommunene og i samarbeidende etater som har svart (i alt 59 av 90), sier 73 prosent at de ønsker at seminaret skal bli obligatorisk. En større andel ansatte i sykehuset (83%) ønsker at seminaret om veiledningsmetodikk skal bli obligatorisk. Flere ansatte i sykehuset enn i kommunene har svart på spørsmålet (58 av 68).

Etablere møtesteder mellom ansatte på ulike nivåer

Ansatte både i kommunene og sykehuset foreslår at det må etableres møtesteder for ansatte i de to linjene framover. Disse foreslås som årlige samarbeidsmøter, hosing i nevrologisk avdeling og i kommunene, og som felles kurs/undervisning både i og utenfor nevrologisk avdeling.

Øke kunnskapen til sykehusansatte om tjenestetilbudet i kommunene

Ansatte i kommunene sier at sykehusansattes kompetanse om tjenestetilbudet i kommunene bør bli bedre. Sykehusansatte gir uttrykk for at de ønsker mer informasjon fra kommunene om deres tilbud. Det hevdes at kommunene har en utfordring i å gjøre informasjon om tjenestetilbudet mer tilgjengelig for både brukere og ansatte i sykehus.

Avklare sykehusets rolle i forhold til individuell plan

Ansatte i sykehuset sier at de ikke vet hvordan de skal forholde seg til individuell plan, og at sykehuset fortsatt har en jobb å gjøre i forhold til individuell plan.

Tydeligere og mer formalisert samarbeid mellom kommunen og fysikalske institutter

Ansatte i fysikalske institutter ønsker at samarbeidet med kommunen blir tydeligere og mer formalisert enn tilfellet er i dag. Ansatte i sykehuset og i de to forsøkskommunene ga imidlertid uttrykk for at de mente samarbeidet dem imellom var passende formalisert.

Utvide prosjektet til å gjelde flere kommuner

Ansatte gir også uttrykk for at prosjektet bør utvides til å gjelde flere kommuner. Prosjektet avsluttes nå, men sykehuset står overfor utfordringen med å overføre det de har oppnådd til andre kommuner i fylket. Prosjektet nevrologisk rehabilitering har vist at kompetansehevende tiltak kan bedre samarbeidet mellom første- og andrelinjen om pasienter. Kunnskapen fra dette prosjektet kan også være nyttig for sykehus og kommuner andre steder i landet.

Referanser

- Collins, D. (1998), *Organizational Change; Sociological Perspectives*. Routledge
- Gautun H., E. Kjerstad og F. Kristiansen (2001), *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF rapport 57/01. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning
- Høgsbro, K. (2002), *Rehabilitering af mennesker med traumatiske hjerneskader på Kolonien Filadelfia*. Afk Rapport
- Kvamme O.J. (1999), *Samarbeid mellom leger. Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sykehus*. Dr. gradsavhandling i medisin, Universitetet i Oslo
- Narum A.B. (2000), «Vi har ingen tradisjon for geriatri». *Førstelinjens vurdering av bruk og nytt av Geriatrisk team i Nord-Trøndelag*. Rapport Nr. 1/00. Nasjonalt geriatriprogram
- SHD (2001), *Veileder for individuell plan*. Sosial- og Helsedepartementet
- St. meld. nr. 21 *Ansvar og meistring – Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*

Vedlegg 1 Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Punkter til diskusjon

- Har det skjedd endringer i sykehuset generelt og/eller rehabiliteringsavdelingen spesielt i de senere 5–10 år som har ført til at kommunene har fått nye oppgaver?
- Beskriv hvordan samarbeidet innad i sykehuset fungerer. Har dette endret seg gjennom prosjektperioden?
- Beskriv hvordan samarbeidet mellom de ulike nivåene, rehabiliteringsavdelingen i sykehuset og de to kommunene, fungerer. Har dette endret seg gjennom prosjektperioden?
- Er samarbeidsavtalen en god ramme for samarbeidet? Følges den? Bør noe endres?
- Hvordan er samarbeidskulturen? Har denne endret seg i prosjektperioden?
- Hvordan har de to kommunene organisert sine rehabiliteringstjenester, og har organiseringen hatt noen betydning for hvordan kompetansehevingstiltakene har virket?
- Hvilke typer kompetansehevingstiltak har blitt gjennomført?
- Har kompetansehevingstiltak bidratt til å bedre samarbeid, og nedbygge terskler mellom nivåer slik at pasienten har fått en bedre oppfølging?
- Har tiltakene bidratt til at de ulike faggruppene har blitt bedre til å se problemstillinger fra andre faggruppers ståsted?
- Hvordan er kravet om individuell plan fulgt opp?
- Har temaene som har blitt behandlet vært relevante for pleiegruppene i forsøkskommunene?
- Har temaene som har blitt behandlet vært relevante for å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats?

- Hvilke type tiltak har vært bra?
- Hvilke har fungert dårlig?
- Er det andre tiltak som burde vært gjennomført?
- Vi skal gjennomføre en større undersøkelse blant de som har deltatt i kompetansehevingstiltakene. Er det noen av tiltakene vi bør fokusere spesielt på?

Vedlegg 2 Spørreskjema til ansatte i kommunen/samarbeidende etater

SPØRRESKJEMA TIL ANSATTE I KOMMUNEN / SAMARBEIDENDE ETATER

Ved utfylling av skjemaet:

Sett kryss slik:



Ikke slik:



Ved overstryking – fyll ut
mest mulig av ruten:



Bakgrunnsspørsmål

1. Hvilket år er du født?

Årstall: 19 ____

2. Kjønn

1. ☐ Mann

2. ☐ Kvinne

3. Hvilken kommune jobber du i?

1. ☐ Rælingen

2. ☐ Ullensaker

4. Arbeider du i stilling som...

1. ☐ Hjelpepleier
2. ☐ Sykepleier
3. ☐ Lege
4. ☐ Fysioterapeut
5. ☐ Ergoterapeut
6. ☐ Omsorgsarbeider
7. ☐ Miljøarbeider
8. ☐ Assistent
9. ☐ Vernepleier
10. ☐ Hjemmehjelp
11. ☐ Sosionom
12. ☐ Logoped
13. ☐ Saksbehandler/konsulent
14. ☐ Rådgiver/enhetsleder
15. ☐ Annet

5. Er du avdelingsleder eller lignende

1. ☐ Ja
2. ☐ Nei

6. Hvor jobber du?

FLERE KRYSS MULIG

1. ☐ Institusjon
2. ☐ Hjemmetjenestene
3. ☐ Kommunal rehabiliteringsavdeling
4. ☐ Etat (a-etat/trygdekantor el. hjelpemiddelsentralen)

7. Hvor mange år har du jobbet i den stillingen du har nå?

Antall år: ____

8. Hvor mange år har du tilsammen jobbet i yrket?

Antall år: ____

Samarbeidet med nevrologisk avdeling

9. Synes du at samarbeidet med nevrologisk avdeling om pasienter er for lite, passelig eller for mye formalisert?

1. ☐ For lite formalisert
2. ☐ Passelig formalisert
3. ☐ For mye formalisert

10. Hvor godt eller dårlig kjenner du til håndbok om utskrivningsklare pasienter, dvs. samarbeidsavtalen mellom Akershus Universitetssykehus og kommunene?

1. ☐ Svært godt
2. ☐ Nokså godt
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

11. Hvor god eller dårlig synes du informasjonsflyten mellom din tjeneste og nevrologisk avdeling er i dag?

1. ☐ Svært god
2. ☐ Nokså god
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

12. I hvilken grad synes du det følger med nok informasjon om pasienter i A, B og C-skjemaene fra nevrologisk avdeling?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

13. Hvor lang tid går det vanligvis fra dere har mottatt A-skjema om pasienter til dere tar kontakt med nevrologisk avdeling ved Akershus Universitetssykehus?

1. ☐ Mindre enn 24 timer
2. ☐ Fra 1 til 3 døgn
3. ☐ Fra 4 til 7 døgn
4. ☐ Mer enn en uke
5. ☐ Tar ikke kontakt

14. I hvilken grad vet du hvem du skal henvende deg til i nevrologisk avdeling for å få svar på ulike spørsmål?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

15. I hvilken grad er ansvarsforholdene innad i kommunen klare i forhold til det å ta imot pasienter fra nevrologisk avdeling?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad
6. ☐ Ikke sikker

16. I hvilken grad opplever du at ansvarsforholdet mellom nevrologisk avdeling og kommunen er klart definert?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

17. Vil du si at dere som jobber i kommunen stort sett er enige eller uenige med nevrologisk avdeling når det gjelder hvorvidt pasienter er utskrivningsklare eller ikke?

- 1. ☐ Vanligvis er vi enige
- 2. ☐ Omtrent halvparten av pasientene er vi enige om, og halvparten er vi uenige om
- 3. ☐ Vanligvis er vi uenige

18. Hvis dere som jobber i kommunen mener at det er for tidlig å skrive ut en pasient, hvor ofte hender det da at nevrologisk avdeling lar pasienten bli lenger?

- 1. ☐ Som oftest
- 2. ☐ Av og til
- 3. ☐ Sjelden
- 4. ☐ Aldri

19a. Når pasienter skal skrives ut og overføres til kommunen, synes du at *akuttpostene* i nevrologisk avdeling vanligvis gir dere for lite tid, passelig med tid eller for mye tid til å ta imot pasienter på en god måte?

- 1. ☐ For lite
- 2. ☐ Passelig
- 3. ☐ For mye

19b. Når pasienter skal skrives ut og overføres til kommunen, synes du at *rehabiliteringsposten* i nevrologisk avdeling vanligvis gir dere for lite tid, passelig med tid eller for mye tid til å ta imot pasienter på en god måte?

- 1. ☐ For lite
- 2. ☐ Passelig
- 3. ☐ For mye

20a. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den informasjonen som *akuttpostene* i nevrologisk avdeling gir dere om pasientene?

- 1. ☐ Svært fornøyd
- 2. ☐ Nokså fornøyd
- 3. ☐ Nokså misfornøyd
- 4. ☐ Svært misfornøyd

20b. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den informasjonen som *rehabiliteringsposten* i nevrologisk avdeling gir dere om pasientene?

- 1. ☐ Svært fornøyd
- 2. ☐ Nokså fornøyd
- 3. ☐ Nokså misfornøyd
- 4. ☐ Svært misfornøyd

21a. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den veiledningen som *akuttpostene* i nevrologisk avdeling gir til dere som jobber i kommunen?

- 1. ☐ Svært fornøyd
- 2. ☐ Nokså fornøyd
- 3. ☐ Nokså misfornøyd
- 4. ☐ Svært misfornøyd

21b. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den veiledningen som *rehabiliteringsposten* i nevrologisk avdeling gir til dere som jobber i kommunen?

- 1. ☐ Svært fornøyd
- 2. ☐ Nokså fornøyd
- 3. ☐ Nokså misfornøyd
- 4. ☐ Svært misfornøyd

22a. I hvilken grad mener du at den informasjonen pasientene har fått fra *akuttpostene* ved nevrologisk avdeling gir ham eller henne realistiske forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester etter utskrivning fra sykehuset?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

22b. I hvilken grad mener du at den informasjonen pasientene har fått fra *rehabiliteringsposten* ved nevrologisk avdeling gir ham eller henne realistiske forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester etter utskrivning fra sykehuset?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

23a. Hvor gir *akuttpostene* i nevrologisk avdeling veiledning til dere som jobber i kommunen?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

23b. Hvor ville du foretrekke at veiledningen fra *akuttpostene* i nevrologisk avdeling ble gitt?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

23c. Hvor gir *rehabiliteringsposten* i nevrologisk avdeling veiledning til dere som jobber i kommunen?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

23d. Hvor ville du foretrekke at veiledningen fra *rehabiliteringsposten* i nevrologisk avdeling ble gitt?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

24. Hvor godt eller dårlig kjenner du til rehabiliteringsteamets tilbud til kommunene?

1. ☐ Svært godt
2. ☐ Nokså godt
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

25. I hvilken grad bruker dere som jobber i kommunen *rehabiliteringsteamet*?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

26. Alt i alt, hvordan vurderer du samarbeidet med neurologisk avdeling når det gjelder pasienter som skal skrives ut fra neurologisk avdeling?

1. ☐ I hovedsak godt

2. ☐ Verken godt eller dårlig

3. ☐ I hovedsak dårlig

27. Opplever du at samarbeidet med neurologisk avdeling har endret seg i prosjektperioden, fra senhøsten 2001 og fram til i dag?

1. ☐ Samarbeidet har blitt dårligere

2. ☐ Samarbeidet har ikke endret seg

3. ☐ Samarbeidet har blitt bedre

Kompetansehevende tiltak

28. Under har vi listet opp en rekke tiltak det har vært mulig å delta på i forbindelse med Prosjekt neurologisk rehabilitering. Vi ber deg om å krysse av for de tiltakene du har deltatt på og videre krysse av for hvor fornøyd eller misfornøyd du er med de tiltakene du har deltatt på. (Du skal ikke vurdere de tiltakene som du ikke har deltatt på.)

DELTAKELSE	VURDERING				
	Kryss av hvis deltatt	Svært misfornøyd	Nokså misfornøyd	Nokså fornøyd	Svært fornøyd
a. Undervisning om Individuell Plan	☐	☐	☐	☐	☐
b. Veiledning i forbindelse med utarbeidelse av Individuell Plan	☐	☐	☐	☐	☐
c. Undervisning om rehabiliterende sykepleie	☐	☐	☐	☐	☐
d. Undervisning om de nye helselovene	☐	☐	☐	☐	☐
e. Undervisning om MS og Parkinson	☐	☐	☐	☐	☐

Deltakelse	Kryss av hvis deltatt	Vurdering				
		Svært isfornøyd	Nokså misfornøyd	Nokså fornøyd	Svært fornøyd	Ikke sikker
f. Seminar i veiledningsmetodikk v/ Sidsel Tveiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Kurs i dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Hospitert på rehabiliteringsposten ved sykehuset	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Undervisning i faglige temaer, rehabilitering, slag, brukemedvirkning m.m	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Eksterne kurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. I hvilken grad har de kompetansehevende tiltakene ført til at det er blitt lettere å ta kontakt med neurologisk avdeling?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

30. I hvilken grad har de kompetansehevende tiltakene ført til endring i samarbeidsrutiner med neurologisk avdeling?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

31. I hvilken grad synes du at tiden du har brukt på det (de) kompetansehevende tiltakene har vært fornuftig bruk av tid sett i forhold til pasientarbeidet?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

42. Hvor godt eller dårlig kjenner du til individuell plan?

1. ☐ Svært godt
2. ☐ Nokså godt
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

Til de av dere som har deltatt i tiltak om Individuell Plan (IP)

Under følger noen påstander om *prosjektet nevrologisk rehabilitering*. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. De/det kompetansehevende tiltak(ene) jeg har deltatt på har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
32 Terskelen mellom min tjeneste og nevrologiske avdeling har blitt bygget ned, slik at vi har fått et bedre samarbeid om brukere	☐	☐	☐	☐
33 Jeg har fått økt faglig kunnskap om rehabilitering	☐	☐	☐	☐
34 Det som prosjektet har arbeidet med, har ikke vært relevant for min arbeidsdag	☐	☐	☐	☐
35 Jeg setter brukerne mer i sentrum	☐	☐	☐	☐
36 Jeg har blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats	☐	☐	☐	☐
37 Ulike faggrupper på mitt arbeidssted samarbeider bedre om brukerne	☐	☐	☐	☐
38 Prosjektet har ikke vært synlig for meg	☐	☐	☐	☐
39 Det tverretattlig samarbeidet har blitt bedre	☐	☐	☐	☐
40 Ansatte i nevrologisk avdeling og i kommunen snakker i større grad samme språk	☐	☐	☐	☐
41 Nevrologisk avdeling tar i større grad hensyn til oss i kommunen når vi er uenlig om utskrivning av pasienter	☐	☐	☐	☐

Under følger en del påstander om det å delta i tiltak om Individuell Plan. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. Tiltak om Individuell Plan (IP), som jeg har deltatt på har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
43 Jeg har fått god kunnskap om IP	☐	☐	☐	☐
44 Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	☐	☐	☐	☐
45 Arbeidet med IP er for tidkrevende	☐	☐	☐	☐
46 Det har blitt lettere å begynne å utarbeide IP	☐	☐	☐	☐
47 Det tverretattlige samarbeidet har blitt bedre	☐	☐	☐	☐
48 IP tilfører ikke noe nytt	☐	☐	☐	☐
49 Det tverrfaglige samarbeidet har blitt bedre	☐	☐	☐	☐

50. Har du vært med på å utarbeide en eller flere individuelle planer?

1. ☐ Ja
2. ☐ Nei

Til de av dere som har mottatt støtte til utarbeiding av individuell plan for brukere

51. Hvordan vurderer du støtten/veiledningen du har fått fra prosjektarbeidere i utarbeidingen av IP?

1. ☐ Den har vært til stor hjelp

2. ☐ Den har vært til noe hjelp

3. ☐ Den har vært til liten hjelp, vi hadde klart det like bra uten

4. ☐ Den har forstyrret arbeidet

Til de av dere som har hospitert i neurologisk avdeling

Under følger en del påstander om det å hospitere i neurologisk avdeling. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om hvilket utbytte du fikk av hospiteringen i neurologisk avdeling:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
52. Jeg lærte mye nytt	☐	☐	☐	☐	☐
53. Jeg fikk bekreftet egne kunnskaper	☐	☐	☐	☐	☐
54. Jeg ble kjent med ansatte i sykehuset	☐	☐	☐	☐	☐
55. Samarbeidsklimaet har blitt bedre	☐	☐	☐	☐	☐
56. Vi snakker i større grad samme språk	☐	☐	☐	☐	☐
57. Jeg fikk egentlig ikke noe ut av hospiteringen	☐	☐	☐	☐	☐

Til de av dere som har deltatt i seminar om veiledningsmetodikk

Under følger noen påstander om nytten av å delta på seminar om veiledningsmetodikk. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. Seminaret i veiledningsmetodikk har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
58. Jeg har fått økte ferdigheter i kommunikasjon	☐	☐	☐	☐

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
59. Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	☐	☐	☐	☐
60. Jeg lærte ikke noe nytt	☐	☐	☐	☐
61. Jeg lar pasienten i større grad ta ansvar for egne valg	☐	☐	☐	☐
62. Jeg oppfordrer brukeren til mer egeninnsats	☐	☐	☐	☐
63. Seminaret var for krevende	☐	☐	☐	☐

Til alle

64. Synes du seminar om veiledningsmetodikk bør bli obligatorisk?

1. ☐ Ja

2. ☐ Nei

65. Hva mener du at dere trenger av kompetansehevende tiltak videre?

66. Hvilke andre tiltak mener du bør iverksettes for å bedre samarbeidet?

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 3 Spørreskjema til ansatte i AHUS

SPØRRESKJEMA TIL ANSATTE VED AKERSHUS UNIVERSITETS- SYKEHUS

Ved utfylling av skjemaet:

Sett kryss slik:



Ikke slik:



Ved overstryking – fyll ut
mest mulig av ruten:



Bakgrunnsspørsmål

1. Hvilket år er du født?

Årstall 19__

2. Kjønn

1. ☐ Mann
2. ☐ Kvinne

3. Arbeider du i stilling som...

1. ☐ Hjelpepleier
2. ☐ Sykepleier
3. ☐ Lege
4. ☐ Fysioterapeut
5. ☐ Ergoterapeut
6. ☐ Sosionom
7. ☐ Logoped
8. ☐ Kontorpersonale
9. ☐ Annet

4. Er du avdelingsleder el. lignende

1. ☐ Ja
2. ☐ Nei

5. Hvor jobber du i nevrologisk avdeling?

1. ☐ Rehab.pol
2. ☐ Rehab.post/team
3. ☐ Akuttposten S9
4. ☐ Akuttposten N9
5. ☐ Nevrologisk poliklinikk
6. ☐ Annet

6. Hvor mange år har du jobbet i den
stillingen du har nå?

Antall år: ____

7. Hvor mange år har du til sammen jobbet i
yrket?

Antall år: ____

Samarbeidet med Ullensaker og Rælingen kommuner

8. Synes du samarbeidet med kommunene
om pasienter er for lite, passelig eller for
mye formalisert?

1. ☐ For lite formalisert
2. ☐ Passelig formalisert
3. ☐ For mye formalisert

9. Hvor godt eller dårlig kjenner du til
håndbok om utskrivingsklare pasienter,
dvs samarbeidsavtalen mellom Akershus
Universitets-sykehus og kommunene?

1. ☐ Svært godt
2. ☐ Nokså godt
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

10 Hvor god eller dårlig synes du
a. informasjonsflyten mellom nevrologisk
avdeling og Rælingen kommune er i dag?

- 1. ☐ Svært god
- 2. ☐ Nokså god
- 3. ☐ Nokså dårlig
- 4. ☐ Svært dårlig

13 I hvilken grad sender Rælingen kommune
a. med nok informasjon om pasienter som
kommer til nevrologisk avdeling?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

10 Hvor god eller dårlig synes du
b. informasjonsflyten mellom nevrologisk
avdeling og Ullensaker kommune er i
dag?

- 1. ☐ Svært god
- 2. ☐ Nokså god
- 3. ☐ Nokså dårlig
- 4. ☐ Svært dårlig

13 I hvilken grad sender Ullensaker
b. kommune med nok informasjon om
pasienter som kommer til nevrologisk
avdeling?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

11. I hvilken grad synes du dere sender med
nok informasjon om pasientene i A, B og
C-skjemaene til de to kommunene?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

14 I hvilken grad vet du hvem du skal
a. henvende deg til i Rælingen kommune i
forhold til det å skrive ut pasienter fra
nevrologisk avdeling?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

12 Hvor lang tid går det vanligvis før
a. Rælingen kommune tar kontakt med
nevrologisk avdeling etter at de har
mottatt A-skjema om pasienter?

- 1. ☐ Mindre enn 24 timer
- 2. ☐ Fra 1 til 3 døgn
- 3. ☐ Fra 4 til 7 døgn
- 4. ☐ Mer enn en uke
- 5. ☐ Tar ikke kontakt

14 I hvilken grad vet du hvem du skal
b. henvende deg til i Ullensaker kommune i
forhold til det å skrive ut pasienter fra
nevrologisk avdeling?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

12 Hvor lang tid går det vanligvis før
b. Ullensakerkommune tar kontakt med
nevrologisk avdeling etter at de har
mottatt A-skjema om pasienter?

- 1. ☐ Mindre enn 24 timer
- 2. ☐ Fra 1 til 3 døgn
- 3. ☐ Fra 4 til 7 døgn
- 4. ☐ Mer enn en uke
- 5. ☐ Tar ikke kontakt

15. I hvilken grad er ansvarsforholdene i
nevrologisk avdeling klare i forhold til det
å skrive ut pasienter?

- 1. ☐ I svært stor grad
- 2. ☐ I nokså stor grad
- 3. ☐ I nokså liten grad
- 4. ☐ I svært liten grad

16. I hvilken grad opplever du at ansvarsforholdene mellom nevrologiske avdeling og kommunene Rælingen og Ullensaker er klart definert?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

17. Hvor godt eller dårlig kjenner du til sykehusets veiledningsansvar overfor kommunene?

1. ☐ Svært godt
2. ☐ Nokså godt
3. ☐ Nokså dårlig
4. ☐ Svært dårlig

18. Tror du de to kommunene synes at dere vanligvis gir for lite, passelig eller for mye veiledning?

1. ☐ For lite
2. ☐ Passelig
3. ☐ For mye

19 Vil du si at de som jobber i Rælingen a. kommune stort sett er enige eller uenige med nevrologiske avdeling når det gjelder hvorvidt pasienter er utskriningsklare eller ikke?

1. ☐ Vanligvis er vi enige
2. ☐ Omtrent halvparten av pasientene er vi enige om, og halvparten er vi uenige om
3. ☐ Vanligvis er vi uenige

19 Vil du si at de som jobber i Ullensaker b. kommune stort sett er enige eller uenige med nevrologiske avdeling når det gjelder hvorvidt pasienter er utskriningsklare eller ikke?

1. ☐ Vanligvis er vi enige
2. ☐ Omtrent halvparten av pasientene er vi enige om, og halvparten er vi uenige om
3. ☐ Vanligvis er vi uenige

20. Hvis de som jobber i kommunen mener at det er for tidlig å skrive ut en pasient, hvor ofte hender det da at nevrologisk avdeling lar pasienter bli lenger?

1. ☐ Som oftest
2. ☐ Av og til
3. ☐ Sjelden
4. ☐ Aldri
5. ☐ Ikke sikker

21 Hvor gir nevrologisk avdeling veiledning a. til de som jobber i kommunen?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

21 Hvor ville du foretrekke at veiledningen til b. de som jobber i kommunen ble gitt?

1. ☐ I nevrologisk avdeling
2. ☐ I kommunen
3. ☐ Både i nevrologisk avdeling og i kommunen

22. I hvilken grad mener du at den informasjonen dere gir pasienten skaper realistiske forventninger hos pasienten om hvilke tjenester kommunene kan tilby etter utskriving fra sykehuset?

1. ☐ I svært stor grad
2. ☐ I nokså stor grad
3. ☐ I nokså liten grad
4. ☐ I svært liten grad

23 Alt i alt, hvordan vurderer du samarbeidet med Rælingen kommune når det gjelder pasienter som skal skrives ut fra nevrologisk avdeling?

1. ☐ I hovedsak godt

2. ☐ Verken godt eller dårlig

3. ☐ I hovedsak dårlig

23 Alt i alt, hvordan vurderer du samarbeidet med Ullensaker kommune når det gjelder pasienter som skal skrives ut fra nevrologisk avdeling?

1. ☐ I hovedsak godt

2. ☐ Verken godt eller dårlig

3. ☐ I hovedsak dårlig

24 Opplever du at samarbeidet med Rælingen kommune har endret seg i prosjektperioden, fra senhøsten 2000 og fram til i dag?

1. ☐ Samarbeidet har blitt dårligere

2. ☐ Samarbeidet har ikke endret seg

3. ☐ Samarbeidet har blitt bedre

24 Opplever du at samarbeidet med Ullensaker kommune har endret seg i prosjektperioden, fra senhøsten 2000 og fram til i dag?

1. ☐ Samarbeidet har blitt dårligere

2. ☐ Samarbeidet har ikke endret seg

3. ☐ Samarbeidet har blitt bedre

25 Hvor god eller dårlig oversikt har du over tjenestetilbudet i Rælingen kommune?

1. ☐ Svært god

2. ☐ Nokså god

3. ☐ Nokså dårlig

4. ☐ Svært dårlig

25 Hvor god eller dårlig oversikt har du over tjenestetilbudet i Ullensaker kommune?

1. ☐ Svært god

2. ☐ Nokså god

3. ☐ Nokså dårlig

4. ☐ Svært dårlig

Kompetansehevende tiltak

26. Under har vi listet opp en rekke tiltak det har vært mulig å delta på i forbindelse med *Prosjekt nevrologisk rehabilitering*. Vi ber deg om å krysse av for de tiltakene du har deltatt på og videre krysse av for *hvor fornøyd eller misfornøyd* du er med de tiltakene du har deltatt på. (Du skal ikke vurdere de tiltakene som du ikke har deltatt på.)

DELTAKEELSE	VURDERING				
	Kryss av hvis deltatt	Svært misfornøyd	Nokså misfornøyd	Nokså fornøyd	Svært fornøyd
Undervisning om Individuell Plan	☐	☐	☐	☐	☐
Veledning i forbindelse med utarbeidelse av Individuell Plan	☐	☐	☐	☐	☐
Undervisning om rehabiliterende sykepleie	☐	☐	☐	☐	☐
Undervisning om de nye helselovene	☐	☐	☐	☐	☐
Undervisning om MS og Parkinson	☐	☐	☐	☐	☐
Seminar i veiledningsmetodikk v/ Sidsel Tveiten	☐	☐	☐	☐	☐
Kurs i dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Undervisning i faglige temaer, rehabilitering, slag, brukemedvirkning m.m	☐	☐	☐	☐	☐
Eksterne kurs	☐	☐	☐	☐	☐

27 I hvilken grad har de kompetanse-hevende tiltakene ført til at det er blitt lettere å ta kontakt med ansatte i Rælingen kommune?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

27. I hvilken grad har de kompetanse-hevende tiltakene ført til at det er blitt lettere å ta kontakt med ansatte i Ullensaker kommune?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

28. I hvilken grad har de kompetanse-hevende tiltakene ført til endring i samarbeidsrutiner med kommunene?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

29. I hvilken grad synes du at den tiden du har brukt på det (de) kompetanse-hevende tiltakene har vært fornuftig bruk av tid sett i forhold til pasientarbeidet?

1. ☐ I svært stor grad

2. ☐ I nokså stor grad

3. ☐ I nokså liten grad

4. ☐ I svært liten grad

Under følger noen påstander om prosjektet neurologisk rehabilitering. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. De/det kompetansehevende tiltak (ene) jeg har deltatt på har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
30 Terskelen mellom neurologiske avdeling og de to kommunene har blitt bygget ned, slik at vi har fått et bedre samarbeid om brukere	☐	☐	☐	☐
31 Jeg har fått økt faglig kunnskap om rehabilitering	☐	☐	☐	☐
32 Det som prosjektet har arbeidet med, har ikke vært relevant for min arbeidsdag	☐	☐	☐	☐

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
33 Jeg setter brukerne mer i sentrum	☐	☐	☐	☐
34 Jeg har blitt flinkere til å hjelpe og motivere brukeren til egen innsats	☐	☐	☐	☐
35 Ulike faggrupper på mitt arbeidssted samarbeider bedre om brukere	☐	☐	☐	☐
36 Prosjektet har ikke vært synlig for meg	☐	☐	☐	☐
37 Ansatte i nevrologisk avdeling og i kommunen snakker i større grad samme språk	☐	☐	☐	☐
38 Vi i nevrologisk avdeling tar i større grad hensyn til kommunen når vi er uenig om utskrivning av pasienter	☐	☐	☐	☐

39. Hvor godt eller dårlig kjenner du til Individuell Plan?

1. ☐ Svært god

2. ☐ Nokså god

3. ☐ Nokså dårlig

4. ☐ Svært dårlig

Til de av dere som har deltatt i tiltak om Individuell Plan (IP)

Under følger en del påstander om det å delta i tiltak om Individuell Plan. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. Tiltak om Individuell Plan (IP), som jeg har deltatt på har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
40 Jeg har fått god kunnskap om IP	☐	☐	☐	☐
41 Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	☐	☐	☐	☐
42 Arbeidet med IP er for tidkrevende	☐	☐	☐	☐
43 Det har blitt lettere å begynne å utarbeide IP	☐	☐	☐	☐

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
44 Det tverrfaglige samarbeidet har blitt bedre	☐	☐	☐	☐
45 IP tilfører ikke noe nytt	☐	☐	☐	☐

Til de av dere som har deltatt i seminar om veiledningsmetodikk

Under følger noen påstander om nytten av å delta på seminar om veiledningsmetodikk. Kan du angi om du er enig eller uenig i disse påstandene. Seminaret i veiledningsmetodikk har ført til at:

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
46 Jeg har fått økte ferdigheter i kommunikasjon	☐	☐	☐	☐
47 Jeg har fått større bevissthet om brukermedvirkning	☐	☐	☐	☐
48 Jeg lærte ikke noe nytt	☐	☐	☐	☐
49 Jeg lar pasienten i større grad ta ansvar for egne valg	☐	☐	☐	☐
50 Jeg oppfordrer brukeren til mer egeninnsats	☐	☐	☐	☐
51 Seminaret var for krevende	☐	☐	☐	☐

Til alle

52. Synes du seminar om veiledningsmetodikk bør bli obligatorisk?

1. ☐ Ja

2. ☐ Nei

53. Hva mener du dere trenger av kompetansehevende tiltak videre?

54. Hvilke andre tiltak mener du bør iverksettes for å bedre samarbeidet?

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 4 Guide til intervju med brukere

Informert om prosjektet

Forskningssiftelsen Fafo har fått i oppdrag fra Akershus Universitetssykehus å evaluere det treårige prosjektet «nevrologisk rehabilitering». Prosjektet startet i 2000 og avsluttes i år. Vi har fått i oppdrag å undersøke om tiltak i dette prosjektet har ført til et bedre samarbeid mellom sykehuset og kommunene om pasienter. En del av evalueringen går ut på å snakke med noen av dere som har vært eller er pasienter ved nevrologisk avdeling. Vi vil derfor gjerne få stille deg noen spørsmål. Ikke først og fremst om din sykdomshistorie men, om hvordan du vurderer de tjenestene du har fått på sykehuset og kommunen du bor i, og hvordan du synes overgangen mellom sykehuset og kommunen fungerer.

Informasjon om informanten

Alder. Sykdom. Hvor lenge hatt en relasjon til nevrologisk avdeling i AHUS. Hvor mye har hun/han oppholdt seg der over tid.

Vurdering av sykehusets tilbud

- Får du den hjelpen du trenger?
- Får du nok informasjon om egen sykdom, og om tilbud og tjenester?
- Har dette endret seg i løpet av de tre siste årene?

Vurdering av kommunens tilbud

- Får du den hjelpen du trenger?
- Får du nok informasjon om egen sykdom, og om tilbud og tjenester?
- Har dette endret seg i løpet av de tre siste årene?

Vurdering av samarbeidet mellom sykehuset og kommunen

- Hvordan opplever du at samarbeidet om deg fungerer mellom sykehuset og kommunen?
- Har dette endret seg i løpet av de tre siste årene?

Vurdering av hvordan overføringen mellom sykehuset og kommunen foregikk

- Var det lang ventetid fra du var ferdigbehandlet på sykehuset til du kunne komme hjem
- Beskriv din opplevelse av hvordan informasjon ble overlevert fra sykehus til ansatte i kommunen

Individuell plan

- Er det utarbeidet en individuell plan for deg?
- Kan du beskrive denne og si noe om hvordan du synes den fungerer?

Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid?

Akershus universitetssykehus har gjennomført et treårig prosjekt for å bedre samarbeidet mellom sykehuset og to forsøkskommuner, Ullensaker og Rælingen. Prosjektet har vært finansiert av Sosial- og helsedepartementet, og Forskningsstiftelsen Fafo har fått i oppdrag å sluttevaluere prosjektet.

Evalueringen bygger på intervjuer og spørreskjemaundersøkelser blant ansatte i sykehuset og i kommunene, samt intervjuer med pasienter. Hovedinntrykket som sluttevalueringen gir, er at prosjektet har klart å få til mye. Prosjektet har bidratt til en prosess med å bedre samarbeidet mellom nivåer og faggrupper om pasienter. De kompetansehevende tiltakene har påvirket samarbeidet til å utvikle seg i en positiv retning, men ansatte i de to linjene står fortsatt overfor store utfordringer. Erfaringer og praksis fra prosjektet kan med fordel overføres til andre sykehus og kommuner.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 403
ISBN 82-7422-391-8
ISSN 0801-6143