

Samarbeid om rehabilitering 2

Høgskolen i Østfold
Avdeling for helse og velferd

Rapport 2018

Finn Samuelsen
Gunnar Vold Hansen
Anne-Grethe Gregersen
Mette Hansen
Therese Dwyer Løken
Inger Tjøstolvsen
Kari Aarøen



Forord

Høgskolen i Østfold, avdeling for helse og velferd har i mange år hatt en forskergruppe «Samordning av helse- og velferdstjenester». Gruppen karakteriseres ved at den har en rekke deltakere fra avdelingens samarbeidsparter. Vi har erfart at slik deltakelse kan gi høgskolen gode innspill til i hvilken retning avdelingens FoU-aktivitet bør rettes.

Rehabilitering 2 er nettopp et slikt prosjekt som er kommet i gang som følge av innspill fra våre samarbeidsparter. Like viktig er det at samarbeidspartene også har fulgt opp sine initiativ og deltatt aktivt i prosjektet, både ved å åpne sine virksomheter for forskerne og ved å delta aktivt med innspill underveis. Denne bakgrunnen har medført at vi i dette prosjektet bare har møtt velvilje fra de som har bidratt med data til dette prosjektet. Vi retter derfor en stor takk til alle de som i en ellers hektisk hverdag, har stilt opp som informanter og i arbeidet i workshopene.

Dette prosjektet bygger på «Samhandling om helhetlig rehabilitering 1» (Hansen et al., 2017).

Fredrikstad, januar 2018

Undersøkelsen er meldt til personvernombudet for forskning og er registrert der med prosjektnummer 48050.

Finn Samuelsen (leder), Gunnar Vold Hansen (veileder), Anne-Grethe Gregersen, Mette Hansen, Therese Dwyer Løken, Inger Tjøstolvsen og Kari Aarøen.

Innhold

Forord.....	2
Innledning.....	5
Bakgrunn.....	5
Faglig perspektiv	6
Samarbeid.....	8
To former for praksis	8
Den tverrprofesjonell praksis og flerprofesjonell praksis.	8
Samarbeidsmodeller	8
Hva skal det samarbeides om?	10
Metode	12
Design.....	12
Prosjektet er gjennomført i tre faser.	13
Fase 1.....	13
Fase 2.....	13
Fase 3.....	13
Datasamling.....	14
Datapresentasjon, workshop 1.....	14
Sarpsborg Kommune	15
Fremmere:.....	15
Hemmer:	16
Moss kommune	17
Fremmer:.....	17
Hemmer:	18
Fredrikstad kommune	19

Hemmer:	19
Fremmer:.....	20
Forslag til tiltak:	21
Halden kommune	22
Hemmere:	22
Fremmere:.....	23
Forslag til tiltak:	23
Forslag til forbedring i pasientoppfølgingen	24
Diskusjon etter workshop 1.	25
Workshop 2	28
Referat fra Moss kommune	28
Referat fra Halden kommune.	29
Tiltak som kan fremme samarbeid om rehabilitering:.....	29
Referat fra Fredrikstad kommune	30
Referat fra Sarpsborg kommune	31
Diskusjon.....	33
Samarbeid.....	34
Brukermedvirkning.....	36
Konklusjon	38
Litteratur	40
Vedlegg.....	43

Innledning

Rehabilitering ytes i dag både av spesialisttjenesten og av kommunene. I kommunene er det flere aktører som yter rehabilitering, først og fremst rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenester. Hvilke tjenester den enkelte pasient skal få, styres for en stor del av kommunenes tildelingskontorer. Dette prosjektet tar sikte på å avklare hva som hemmer og fremmer mulighetene for å få til et godt samarbeid mellom ulike aktører i kommunene. Prosjektet er et fellesprosjekt mellom kommunene Halden, Sarpsborg, Moss og Fredrikstad.

Dette er en videreføring av prosjektet «Samarbeid om rehabilitering» der vi så nærmere på samarbeidet mellom Sykehuset Østfold og rehabiliteringsavdelingene i tre av kommunene. Prosjektet viste at det er utfordringer knyttet til samarbeidet innad i kommunene og vi viderefører prosjektet ved å se på det interne samarbeidet i kommunen mellom tildelingskontor, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenestene (og eventuelt andre relevante tjenester).

Målsettingen med prosjektet er å

- avdekke hva som hemmer og fremmer godt samarbeid mellom tildelingskontor, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenester om pasienter som trenger et rehabiliteringstilbud
- bidra til at det kan settes i gang kommunale prosesser med sikte på å styrke samarbeidet.

Bakgrunn

Regjeringen understreker i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) at rehabilitering både er et satsingsområde og en faglig og organisatorisk utfordring. I meldingen sier man derfor klart fra at:

«På noen områder er det i dag uklart hva som forventes av kommunene. Det gjelder særlig for psykisk helse, rusavhengighet, pasientopplæring og rehabilitering».

«Regjeringen vil tydeliggjøre ansvarsforholdene og forventningene».

Man legger til grunn at kommuner med mer enn 15000-20000 innbyggere kan overta mer av oppgavene innenfor rehabiliteringsfeltet. Alle de fire involverte kommunene har som følge av dette opprettet egne rehabiliteringsavdelinger. Konsekvensen av dette er at en del pasienter skal ha et spesialisert og omfattende rehabiliteringstilbud på disse avdelingene før de utskrives til eget hjem, for videre oppfølging av hjemmetjenestene. Dette resulterer i at det blir en utfordring for kommunene å få til gode samarbeidsrelasjoner mellom tildelingskontor, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjeneste som i fellesskap har ansvar for å utforme et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Faglig perspektiv

Det er fastsatt egen definisjon av habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). I forskriftens § 3 presenteres følgende definisjon av habilitering og rehabilitering:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2015).

Denne definisjonen skal bidra til at den målsettingen som er skissert i forskriftens § 1 blir ivaretatt:

«Formålet ved forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og

mestringsevne, likeverdighet og deltagelse. Formålet er også å styrke samhandling mellom tjenesteyter og pasient og bruker, og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene» (Helsedirektoratet, 2015).

Vi legger til grunn at det innebærer at rehabilitering krever en helhetlig tilnærming til pasienten med sikte på å ivareta blant annet brukermedvirkning og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og andre viktige personer (for eksempel pårørende) i pasientens nærmiljø (Normann et al., 2008).

I prosjektet «Samarbeid om Rehabilitering» så vi på samarbeidet mellom sykehuset og rehabiliteringsavdelingene i tre kommuner. Erfaringene fra dette prosjektet viste at rehabiliteringsavdelingene la stor vekt både på brukermedvirkning og samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene på disse avdelingene, men hvordan rehabiliteringstilbudet ble fulgt opp var ikke kjent. Det er derfor en viss usikkerhet med hvilken oppfølging pasientene får etter oppholdet på rehabiliteringsavdelingen. Samtidig er det stor enighet om at dersom pasientene skal få fullt utbytte av et opphold på en rehabiliteringsavdeling, så er det viktig med oppfølging. Dersom det ikke gis slik oppfølging er det fare for at de ressursene man har satt inn gjennom oppholdet på rehabiliteringsavdelingen, i noen tilfeller er bortkastet (Hansen et al., 2017).

Samarbeid

Den beskrivelsen av rehabilitering som vi har lagt til grunn, innebærer at det vanligvis er flere aktører som må bidra for at man skal få på plass et helhetlig rehabiliteringstilbud. Dersom man skal få et slikt system til å fungere effektivt, så er de ulike aktørene helt avhengig av et godt samarbeid. Samarbeid er ikke et presist begrep og det er flere faktorer som struktur, prosess, roller og relasjoner som kan benyttes til å beskrive samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Axelsson & Axelsson, 2014).

To former for praksis

Den tverrprofesjonell praksis og flerprofesjonell praksis.

Tverrprofesjonell praksis kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen for å løse oppgaver. Den enkelte tar med seg sin kunnskap fra profesjonen for løse faglige utfordringer. I det fellesskapet vil det oppstå en felles kunnskap en «merviten» som de enkelte personer med forskjellige profesjoner vil bidra med. Deltakerne i gruppa vil representere de tverrfaglige synspunktene i gruppa og nødvendigvis ikke kun profesjonens synspunkter (Larsen 1994).

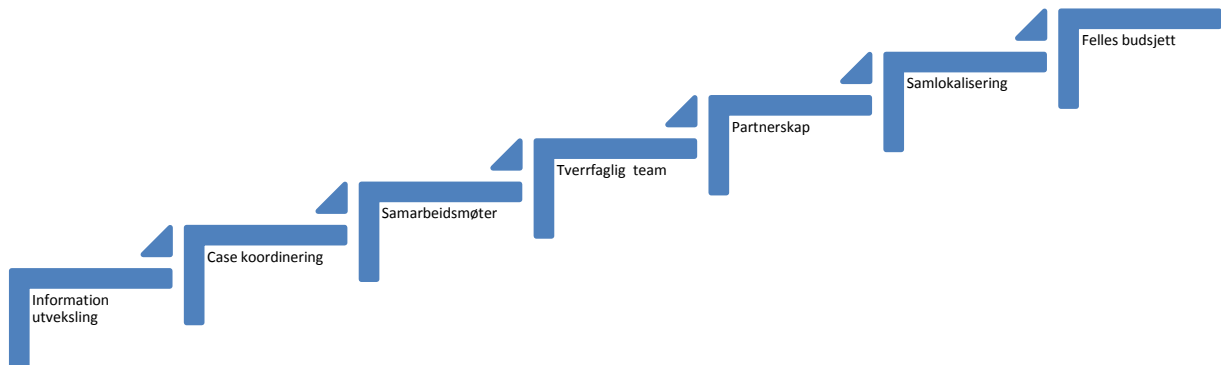
Tverrprofesjonell praksis er utfordrende på mange områder. For at det skal lykkes må man være bevist egen kompetanse og ha innsikt og respekt for andres profesjoner. Den enkelte må bla være fleksibel og være innstilt på å finne gode faglige løsninger som er til beste for pasient/bruker.

I *flerprofesjonelle praksis* arbeider den enkelte profesjonsutøver selvstendig med felles oppgaver og utveksler nødvendig informasjon slik at samarbeidet fungerer godt. I denne sammenheng fokuseres det på et selvstendige bidrag fra den enkelte profesjon, her vektlegges det å løse oppgavene og ikke samarbeidet. I denne form for samarbeid jobber den enkelte profesjon parallelt, fagområdene er atskilte for å løse et problem om rehabilitering.

Samarbeidsmodeller

Samarbeid kan organiseres på en rekke måter og forskjellige modeller er beskrevet. En måte å organisere de ulike elementene i et samarbeid er å lage

en skala der man plasserer de ulike formene for samarbeid i stigende rekkefølge fra enkelt til komplekst samarbeid (Andersson et al., 2011), se skisse under.



Modellen kan beskrives på følgende måte

Utteksling av informasjon er den enkleste formen for samarbeid. I dette stadiet er det et uformelt samarbeid mellom organisasjonene og forekommer ofte i samarbeid om rehabilitering. *Case management* karakteriseres ved at ulike organisasjonene ikke har direkte kontakt med hverandre, men benytter seg av en koordinator som koordinerer organisasjonenes rehabiliterings aktiviteter opp mot bruker/pasient.

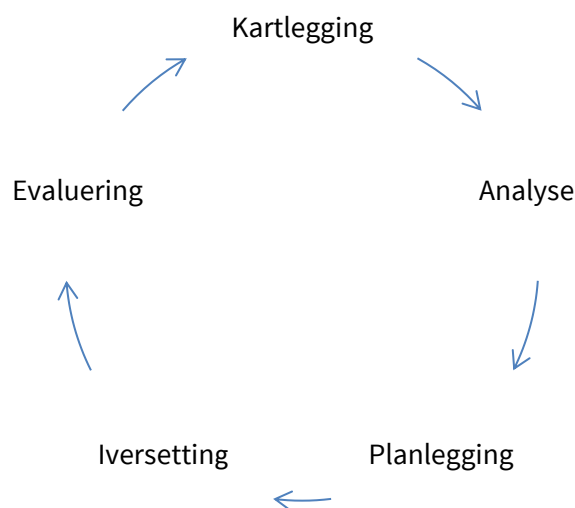
Samarbeidsmøter er et tiltak ofte benyttet i arbeidet med mennesker som har behov for rehabiliterings tiltak. Dette innebærer at fagfolk fra de ulike involverte organisasjoner møtes. *Tverrfaglig Team* er en arbeidsmodell og samarbeidsmodell, hvor grupper av profesjonelle yrkesutøvere fra ulike organisasjoner kontinuerlig jobber sammen i team. *Partnerskap* her inngår man i formelle avtaler mellom partene. *Samlokalisering* karakteriseres ved at organisasjonene er plassert i samme bygning eller er lokalisert nært hverandre. *Finansiell samordning* er det siste trinnet. På dette trinnet slår man sammen de økonomiske ressurser for enheter som jobber med rehabilitering i kommunen.

Det er ofte slik at de enkleste formene for samarbeid er de billigste, så også for rehabilitering. Imidlertid for at de skal være kostnadseffektive forutsetter det at man ikke har behov for mer komplekse samarbeidsformer. Klarer man

seg med informasjonsutveksling er det bra, men informasjonsutveksling er ikke et presist begrep, og vi ser at det er knyttet en rekke utfordringer til dette. Det synes heller ikke å være god nok aksept for at informasjonsutveksling handler om gjensidig kommunikasjon og ikke ensidig overføring av informasjon fra avsender til mottaker. Det finnes i dag en rekke eksempler på at de ulike aktørene ikke har en entydig begrepsbruk mellom avsender og mottaker (Røsstad et al., 2013; Follevåg, 2014).

Hva skal det samarbeides om?

En annen utfordring er knyttet til hva man skal samarbeide om. En klassisk modell for profesjonell virksomhet kan presenteres slik (Abbott 1988, Hansen et al, 2016):



Spørsmålet blir da hva man skal samarbeide om, bare deler av denne prosessen eller hele? Hvem skal i så fall samarbeide?

Basis for kartleggingen av en rehabiliteringsprosess «er å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2015). Likevel er det slik at den som kartlegger, gjerne styres av sin egen utdanning og det tiltakspanoramaet vedkommende kjenner (Abbott, 1998). Det innebærer at dersom det ikke foregår en kartlegging der ulike aktører med kjennskap til de ulike

tjenestetilbudene som finnes deltar, så kan det være at vesentlige opplysninger om pasienten ikke blir registrert.

Analyseprosessen kan være enkel dersom det på bakgrunn av kartleggingen og kunnskapen som finnes, kan pekes på tiltak som gjennom evidens er dokumentert som eneste virkningsfulle løsning. Dersom man skal inkludere pasienten selv i denne prosessen og det ikke er klare evidensbaserte løsninger, så vil et samarbeid der ulike perspektiver kan trekkes inn og drøftes gi best resultat (Hudson, 2004).

Skal tjenestetilbudet ytes av flere aktører er det viktig å avklare hvem som skal gjøre hva og når. Noen ganger gis tilbud sekvensielt ved at hver tjeneste yter sine tjenester hver for seg. Andre ganger ytes tjenestene fra flere aktører samtidig. Jo større usikkerhet det er med hva som skal gjøres og hvordan de ulike tiltakene virker inn på hverandre, jo større behov for samarbeid er det (Mintzberg, 1994, Head & Alford, 2015). Hvor omfattende samarbeid det trengs i forhold til planlegging og iverksetting vil derfor påvirkes av flere faktorer som kunnskapsstatus og organisering.

Evaluering er en sentral del av kvalitetssikringen av offentlige tjenester. En stor utfordring er knyttet til at selv om det skal ytes helhetlige tjenester, så evaluerer hver enkelt aktør bare sin egen innsats og ikke helheten. Selv om det er viktig å klargjøre om alle aktører har bidratt som forventet er det også av avgjørende betydning at man også gjennomfører en evaluering av hvordan det samlede tjenestetilbudet har fungert og hvordan samarbeidet har vært (Keetelars, 2011).

Hvordan inkluderes for eksempel brukerne? I beskrivelsen av rehabilitering som vi har beskrevet foran, så har brukernes egne ønsker en sentral rolle.

Regjeringen sier derfor klart fra i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) at: «Brukerne må involveres bedre i utformingen av egen rehabilitering».

Dette er også en utfordring som vi skal utdype nærmere.

Metode

Design

Målsettingen med prosjektet for en stor del skal oppnås gjennom diskusjoner og erfaringsutveksling mellom deltakere fra tildelingskontor, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjeneste i de fire kommunene. Ved å legge til rette for at deltakerne kan møtes, utveksle erfaringer og undres i fellesskap, så tenker vi at det skapes en arena der det kan utvikles ny kunnskap og skapes nye løsningsalternativer som de ulike deltakerne ikke ville kommet frem til på egen hånd (Andvig, 2014).

Prosjektet er gjennomført ved at det arrangeres to work-shopper á en dag. I disse samlingene har deltakere fra kommunenes tildelingskontor, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjeneste deltatt sammen med forskere fra høgskolen. Begge work-shoppene ble lagt opp med gruppearbeid. For å få frem erfaringer både internt i kommunene og på tvers, ble det organisert bolker der alle deltakerne i en gruppe er fra samme kommune og bolker der gruppene er satt sammen med medlemmer fra alle kommunene. Vi vet at de fire kommunene har ulike organisatoriske løsninger og at tildelingskontorene har ulike roller i utformingen av tjenestetilbudene. Ved å la deltakerne i de fire kommunene få anledning til å diskutere og utveksle erfaringer, ønsket vi å skape en arena der deltakerne også kan utvikle nye måter å løse utfordringene på.

Etikk

Prosjektet skal ivareta viktige etiske prinsipper som frivillig samtykke og anonymitet for den enkelte deltaker. Samtykket er ivaretatt ved at deltakerne blir informert og spurt om de ønsker å delta, i tillegg at de kan trekke sitt bidrag fra prosjektet uansett når i fasen vi er i prosjektet (Kvale 1997) . I forhold til anonymitet mener vi at vi har ivaretatt det ved å ikke nevner hvilke deltakere som kommer fra de forskjellige kommunene. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved at de fire kommune er nevnt med navn i rapporten.

Argumentet for at det er gjort er at forslag til tiltak er foreslått spesifikt for den enkelte kommune.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning og er registrert der med prosjektnummer 48050.

Prosjektet er gjennomført i tre faser.

Fase 1

Den første fasen handlet om å skape oversikt over hvordan samarbeidet fungerte, hva som er utfordringene og hvilke mulige løsninger deltakerne kan foreslå. Det er oppnådd ved å arrangere en work-shop der vi kartla arbeidsformer og samarbeid, og utfordringer knyttet til dette. I tillegg ble deltakerne utfordret på forslag om hvordan samarbeidet kan styrkes.

Fase 2

I perioden mellom den første og den andre samlingen arbeidet forskerne fra høgskolen med å analysere de dataene som ble samlet inn og utformet forslag til konkrete tiltak og strategier. I denne prosessen tok forskerne på ordinær måte i bruk annen forskning både knyttet til samarbeid generelt og spesielt inne rehabiliteringsfeltet, med sikte på å få frem en større forståelse av hvorfor man har de utfordringene som er beskrevet og hvilke løsningsalternativer som finnes.

Fase 3

De resultatene som forskerne er kommet frem til ble presentert for deltakerne på den andre work-shoppen. Denne presentasjonen ble diskutert i grupper der deltakerne kom frem til konkrete forslag på hva som kan gjøres og hvordan dette skal implementeres i kommunene. Det kunne bli aktuelt å invitere deltakere fra andre kommunale tjenester til denne siste work-shoppen, dersom resultatene fra den første work-shoppen viste at det ville være hensiktsmessig.

Datasamling

Det ble opprettet en forskergruppe ved høgskolen i tillegg ble det opprettet en referansegruppe med representanter fra hver av kommunene. Denne referansegruppen bidro i diskusjoner med forskerne fra høgskolen om problemstilling og forskningsspørsmål. Det var også medlemmene i referansegruppen som valgte ut hvilke informanter som skulle intervjues.

Det ble gjennomført intervjuer i Workshop 1 og samtalen ble tatt opp med digital opptaker. Alle intervjuene ble etterpå transkribert. Disse ble så analysert på grunnlag av systematisk tekstkondensering. Analysen av intervjuene er følgelig basert på 1) å skape et helhetsinntrykk, 2) identifisering og sortering av meningsenheter, 3) kondensering og 4) syntetisering (Malterud, 2012). For å få et helhetsinntrykk av datamaterialet leste, forskergruppen det transkriberte datamaterialet flere ganger. Hver av forskerne dannet seg et generelt inntrykk av helheten og presenterte noen foreløpige temaer for de andre forskerne. Forskergruppen diskuterte sammenfallende og avvikende temaer og hvordan disse forholdt seg til den overordnede problemstillingen.

Konklusjonene som vi kom frem til, ble så presentert for deltakerne på workshop 2 (se vedlegg). De tilbakemeldingene vi fikk på denne måten fungerte som en kvalitetssikring av våre data.

Data om hva som hemmer og fremmer i tillegg forslag til endring ble så diskutert i workshop 2. Under denne workshopen innhentet forskergruppen data om konkrete forslag på tiltak som kan styrke samarbeidet og hvordan dette kan implementeres i kommunene.

Datapresentasjon, workshop 1.

Den første Workshop gikk ut på å skape oversikt over hvordan samarbeidet foregår nå, hva som er utfordringene og hvilke mulige løsninger deltakerne ser. I tillegg ble deltakerne utfordret på forslag om hvordan samarbeidet kan

styrkes. Konkret arbeidet gruppene med faktorer som fremmer og hemmer samarbeid i tillegg konkrete forslag for å styrke samarbeidet.

Sarpsborg Kommune

Fremmere:

Ansatte som engasjer seg i rehabilitering.

- De ansatte som jobber i hverdagsrehabilitering er utplukket ut fra eget ønske og har engasjement
- Alle ansatte, i helse, er kurset i fokus på hverdagshabilitering, felles plattform som gir felles engasjement og forståelse for viktigheten av at dette implementeres i hjemmetjenesten. Det er nå ikke vansker når aktivitetstiltak er en del av tiltaksplanen for den enkelte, eks det å hente post sammen med pasient (Willumsen 2009-tverrporfersjoell praksis).
- *vi merker en kjempestor endring nå. Folk blir liksom ikke sittende hvis vi melder ifra, det skjer ting, det er superpositivt.*
- *Det merkes veldig, det merkes veldig at en har mulighet til å bibeholde et funksjonsnivå, slik at en ikke rehabiliterer til et visst funksjonsnivå og så kommer den der overføringen til hjemmet der vi tidligere så at det var rett ned i stolen dessverre og hjemmesykepleien var veldig bundet til hvilke type tjenester eller bistand en kunne yte da*
- Prosesser hos ASVO kan fremme, Rask formidling av hjelpemidler og tilrettelagte boliger.
- Riktig hjelpemiddel til riktig pasient til rett tid.

God dokumentasjon.

- Det fremmes at de som er ansatte i hverdags rehabilitering skriver god dokumentasjon som er lærerik for andre ansatte.

Et godt samarbeid med pårørende.

- Det gis informasjon via telefon til pårørende mens pasient er på sykehuset for at pårørende skal få tid til å bearbeide informasjon og tilrettelegge for utskrivelse.
- *Det som er det beste vi gjør er å ringe å snakke med dem da, før de er på sykehus og får all informasjon der. At vi ringer og at vi opp i hodet våres tenker at de skal hjem og at vi ringer og begynner å legge det frem for pårørende at de må begynne å tenke på det og tenke litt på det, og at det er litt en sånn modningsprosess. Fordi det vi opplever at det er litt dårlig kommunikasjon på sykehuset ut til pårørende, at det alltid kommer litt brått på når dem skal ut, og at de ikke har hørt noen ting om det og så har vi brått fått melding to dager før det, at de er utskrivningsklare*

Hemmer:

Tid

- Det er ikke lagt opp til felles arena for de ulike tjenesteutøverne til å møtes i, mye på grunn av tidsklemme
- Manko på tid for å evaluere samarbeidet/rutiner
- Ventetid på fysio/ergo i hjemmet

Behov for flere yrkesgrupper:

- Psykiatrisk sykepleier og Sosionom fremhevet
- *Vi gjør av og til ting som vi overhodet ikke kan, og det er ubehagelig, det blir jo ikke topp, tip-top kvalitet på det.*

Gerica her er det behov for felles opplæring og justering av noen svake punkter.

- F eks 'svar alle' funksjoner i grupper
- en må jo ha service på de meldingsgruppene, en må jo se igjennom først for å se om der noen som har sluttet eller noen som har begynt som trenger de meldingene, så må man ha

rutiner på hvem som skal svare på de meldingene, og hvem som skal svare om nr. en ikke er på jobb også videre.

- E så det er akkurat
- så det er akkurat som om det hadde vært da på mail svar og så ser alle hva hjemmetjenesten har svart, da er det på en måte en som har svart på vegne av alle
- Felles forståelse (opplæring) i bruk av de ulike delene i Gericca.

Behandling av PLO

Moss kommune

Fremmer:

Tverrfaglig hjemmebesøk / vurdering

- ART er tverrfaglig sammensatt og vi gjør vurdering ved hjemmebesøk
- Alle pasientrom kommer til helsehuset blir vurdert og får et vedtak av tjenestekontoret.

Omforent forståelse av tjenestens innhold hva legges i rehabilitering

- Det viktigste er brukermedvirkning, realistisk målsetting og det med tverrfaglighet.
- Enig det som sies, men det er jo slik at man kan ikke alltid komme tilbake til dit en var. Man får et funksjonsfall å så får man ikke til å komme tilbake dit en var. Men det å lære pasienten å leve livet på nytt og kunne leve med den skaden som har oppstått.

Sterke og robuste fagmiljøer

- Vi har en fordel ved at vi er organisert tett opp mot avdelingen på Helsehuset siden vi har mye av de samme brukerne og at vi har en robust fagmiljø der hvor de fleste fysio / ergo er plassert på samme sted sammen med rehabiliteringssykepleier og rehabiliteringsavdeling og korttidsavdeling. Vi er lokalisert i samme

hus. Fordelen er at det er kort veil og innhente informasjonen hvis vi skulle trenge noe ekstra og vi kan se pasientene før de reiser hjem.

Hverdagsrehabilitering nært på hjemmebaserte tjenester og de er tidlig inne

- Vi blir plassert på hjemmebaserte tjenester og vi får en engn avmelding. Det er ikke en isolert avdeling det er en type støtte funksjon – vi skal sørve også private leverandører. Vi har fritt brukervalg i Moss kommune.

Hemmer:

Tildelingskontoret bestemmer tjenestetilbudet byråkratisert

- Det har vi ikke alltid hatt (bestiller utfører modell) det går litt opp og ned. Da vi ikke hadde bestiller utfører modell har vi i ART har hatt tettere kontakt med saksbehandlere som har kommet til oss og deltatt på vårt tverrfaglige møter med en bunke søknader og så har vi gått igjennom de sammen med saksbehandler og gjort en noen en annen vurdering enn de som gjøres nå, og da følte vi at vi hadde mye mer påvirkningskraft i forhold til hvilke brukere som skulle stå først i køen.

Stor avstand mellom tjenestene i helsehuset og hjemmebaserte tjenester

- Vi har snakket om i mange år at det er for stor avstand mellom Per Gynt (helsehuset) og hjemmetjenesten – det er jo noe som kan bli bra nå, at vi får tverrfaglighet ut i hjemmetjenesten for det har vi ikke hatt. Det har ikke vært mye fysio/ergo ute i hjemmet.

Manglede dialog og kjennskap til hverandres tjenester

- Vi snakket sammen bedre før – det fungerer, men alt skal skrives og det er vanskelig å få med alt og det tar lengre tid. Det skrevde ord kan misforstås

Nedprioritering av samarbeidsmøte før hjemreise

- Da vi ikke hadde bestiller utfører modell har vi i ART har hatt tettere kontakt med saksbehandlere som har kommet til oss og deltatt på vårt tverrfaglige møter med en bunke søknader og så har vi gått igjennom de sammen med saksbehandler og gjort en noen en annen vurdering enn de som gjøres nå, og da følte vi at vi hadde mye mer påvirkningskraft i forhold til hvilke brukere som skulle stå først i køen.
- Slik var det vel også i forhold til sengeposten (helsehuset) den gangen kalte vi det inntaksmøter. Det er blitt mere avstand med tildelingskontoret eller tjenestekontoret. Vi hadde mer en dialog rundt et bord, nå går det mer skriftlig, beskjed journal

Forslag til tiltak:

Faste møtepunkter; TK, ART, Rehab. avd, HV reahab

Fredrikstad kommune

Hemmer:

Tenker forskjellig om rehabilitering og har ikke kjennskap til klare definisjoner på de forskjellige tiltakene som kommunen har igangsatt

- «Når hjemmesykepleien får vite at en trenger rehabilitering så tenker man at her har en hatt et funksjonsfall, at det er årsaken. Tenker at det må inn en fysioterapeut, men ikke et løp slik som rehabavdelingen har».
- «Det å snakke samme språk er helt avgjørende helt fra starten av. Hvor plasserer vi pasienten hen? Nå har vi fått enda et rehabiliteringstilbud i kommunen, hverdagsrehabilitering. Og allerede her i oppstarten ser vi problemene med at vi snakker ulikt språk. Rehabavdeling, rehabteam, hverdagsrehabilitering, vi ser at det er vanskelig å skille, hvem gir

hvilket tilbud, hvilke pasienter skal hvor. Ikke rart at pasienter og pårørende ikke forstår».

Hjemmesykepleien tenker hva pasienten «trenger hjelp til»

- «Men det som gjør det komplisert er tankegangen. Hjemmesykepleien tenker hjelpe i stedet for mestre. Vi må alle snu tankegangen».
- «Det har jo nå blitt mer fokus på egenmestring, men å tenke «hjelpe» er jo en gammel tradisjon. Og så er det jo ikke til å komme fra at alle kommer fra en skole.da jeg gikk på sykepleierutdanningen snakket vi ikke veldig mye om ressurser».
- «Det er mange sykepleiere på tildelingskontoret, og de har samme tankesett som hjemmesykepleien».
- «Det handler ikke om at vi ikke klarer tenke egne ressurser på pasientene men hvis hjemmesykepleien skal inn så (er systemet slik at det) må det være noe du ikke kan selv»

Forskjellige ledere for enhetene og faggruppene.

- «Vi har jo noen utfordringer. Han har en leder, hun har en leder og så har jeg en leder, og vi har en felles».

Fremmer:

Tildelingskontoret oppsøker pasienten.

- Også en mulighet i rehabiliteringsavdelingen. «Det gjør vi jo i noen tilfeller, ved forflytning og...fint når vi har gjort. Det er klart det krever litt igjen. Vi ønsker det jo.

Det er vilje til samarbeid, bra med samarbeidsmøter om pasientene

- «Hverdagsrehabilitering er helt i oppstarten, det handler om å prøve og feile. Vi som har jobbet med rehabilitering ganske lenge ser nok fort hvor skoen trykker. Så det handler om å samarbeide med hverandre».
- «Eksempler hvor koordinatoren og sykehuset pratet seg i mellom, og det var helt feil vurderinger. De tenkte hverdagsrehabilitering, og så

satt vi på andre siden (fra rehab.avd.), som hadde hatt pasienten og tenkte at dette var helt hårreisende. Det handler ikke om at det er personene det er noe gærnt med, sånt sett, det kunne hvem som helst annen koordinator gjøre. Systemet er ikke godt nok». (må samarbeide på tvers om pasienten)

Samlokalisering har bedret samarbeidet.

- «Vi tenker i nye baner».
- «Tenker oss på tvers at vi ser på andre løsninger»

Forslag til tiltak:

Øke kompetansen gjennom opplæring og informasjon om i kommunehelsetjenesten på alle nivåer, til alle enheter, til alle faggrupper for å få felles kunnskap om rehabilitering og bli hensikt/målsetting og kriterier for de forskjellige rehabiliteringstilbud.

- «Og det kan ikke være slik at det er personavhengig at jeg (fysioterapeut) må være på jobb for å tenke mestring på tildelingskontoret. Det må settes i system. Den type vurderinger».
- «Det behøves mer kunnskap om rehabiliteringstilbudene også i kommunene, også på grunn av at det er kommet nok et tilbud i kommunen, hverdagsrehabilitering.

Samarbeidsmøter i system for å tenke sammen om mestring og rehabilitering

- «Og der burde det vært et system. Vi tenker at hadde førstegangssøker til tjenester eller hjemmesykepleie blitt vurdert automatisk i fht behov for hverdagsrehabilitering. Det hadde vært en bra målgruppe å rette seg inn mot for å forebygge alle disse stykkevis og delt tjenestene».
- «Vi har møtearenaer, det er fysio og ergo som har regelmessige møter, vi (hjemmesykepleien) har ikke det, Kan settes i system».

Mer samlokalisering og forankring i ledelse

- «Og skal vi få til noe så må det være forankret i ledelsen».
- «Vi hadde ønsket oss en person som hadde ansvar for rehabilitering.....»
- «Man kan ikke sitte på hver sin tue og bestemme»

Halden kommune

Hemmere:

At fysioterapeutene har mindre ressurser nå enn før. De jobber både på avdelingen og ute i hjemmene. Færre nå enn før.

- *«Det at fysio har så lite ressurser er det jeg syns er nesten tyngst oppe hos oss på avdelingen».*
- *«Vi får jo skikkelige rehabiliteringspasienter også har de ikke tid til dem heller. Det hender faktisk at noen pasienter og pårørende er misfornøyde med at de får for lite trening at de søker seg et annet sted. Og det syns vi er nedverdiggende og pinlig!»*

Det oppleves ugreit at kartleggingsteamet gjør egne vurderinger uavhengig av de vurderingene som har blitt gjort på rehabiliteringsavdelingen eller av hjemmesykepleien. Går ut over tjenestetilbudet til pasientene når de kommer hjem.

- *«Pasientene skal kartlegges på nytt av andre når de kommer hjem. Så jeg føler at jeg omtrent ikke kan si eller love noe til pasienten. Ideelt skulle denne kartleggingen blitt gjort hos oss før de kom hjem, og jeg vet at det har gått tre uker før teamet har kommet hjem til pasienten».*
- *«Vi får ikke lov til å starte opp med noen andre tjenester enn det som er helt nødvendig før det er kartlagt. Så mat, medisiner og stell stort sett».*
- Kartleggingsteamets vurderinger stemmer ikke alltid med hjemmesykepleiens vurderinger.
- *«Det er litt ymse hva kartleggingsteamet sier, det er ikke alltid det stemmer».*

Mangel på kontinuitet i treningen til pasienten når vedkommende kommer hjem.

- *«Det er ofte når pasienten er på rehabiliteringsavdelingen så har de et treningsopplegg, men det følger aldri med noe sånt hjem slik at de kunne ha fortsatt treningen hjemme. For de er jo ikke ferdig trent når de kommer hjem. De må jo fortsette med øvelsene for å opprettholde eller bli bedre».*
- *«Det kunne blitt opprettet vedtak med tid på dette.*

Fremmere:

Bra at unødvendige møter mellom avdeling og hjemmesykepleien er fjernet.

- *«Før var det jo samarbeidsmøter som nå ikke er lenger. Men det er hjemmesykepleien glad for. Det ble mye unødvendig tidsbruk da vli i hjemmesykepleien er ute hos pasientene og må sette av mye tid til slike møter. Men alle er enige i at det er viktig å snakke sammen, så det å prate i telefonen er positivt».*
- Positivt at fysioterapeutene kan komme hjem til pasienten.
- *«Fysio på avdelingen sier ofte at de kan følge opp pasienten den første tiden hjemme. Det syns jeg er positivt».*

Bra med telefonsamtale mellom avdeling og hjemmesykepleie

1. *«Jeg syns det er veldig nyttig med den samtalen på telefon. Da kan dere få sagt alle de småtingene og vi får spurt».*

Forslag til tiltak:

Å få rehabiliteringstanken mer inn i hjemmetjenesten.

2. *«Vi må få rehabiliteringstanken mer inn i hjemmetjenesten. Vi er nok litt flinkere til å gjøre for. Vi har mye å lære der. Starte med rullering på folk-personale- for å bli oppdaterte».*

Tidlig kontakt mellom avdeling og hjemmetjeneste.

3. *«En tidlig kontakt tenker jeg er viktig for planleggingen av opptreningen».*

Forebygging av ensomhet og isolasjon.

4. *«Blir litt skremt over at alle skal ha egne leiligheter og få tjenester hjem. Det de egentlig vil er å ha et felles samlingspunkt. De trenger det. Balansegrupper, dagsentre. Ikke bare for demente, det er andre som trenger rehabilitering og. Det hjelper litt på motivasjonen og da, og rehabiliteringen».*

Forslag til forbedring i pasientoppfølgingen

1. At fysioterapeut er med en tid etter at pas. har kommet hjem.
2. Oppdaterte tiltaksplaner
3. Systematisk evaluering av tjenesten
4. Brukermedvirkning
5. Bør gjøre mer – psykiske reaksjoner på sin situasjon

Diskusjon etter workshop 1.

I det materialet som foreligger etter workshop1 tegner det seg tre hovedenheter innen kommunene som jobber med rehabilitering. Det første enheten er tildelingskontoret som vurderer rehabiliteringsbehovet og fatter vedtak om tiltak. Vedtakene blir så sendt til de to andre hovedenhetene. Det neste enheten er tjenester som ofte er samlokalisert i et helsehus og kjennetegnes med robuste faglige miljøer, ofte er det flere profesjoner som arbeider i et tverrfaglig team og er karakterisert med korte kommunikasjonslinjer innad. Ved denne enheten er det avdelinger som Rehabiliteringsavdelingen, Kommunal akutt døgnpost og Ambulerende rehabiliteringsteam.

Tredje hovedenheten inkluderer avdelinger som hverdagsrehabilitering og hjemmebaserte tjenester. Hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny tjeneste og har i forskjellig grad blitt utviklet i kommunene. Målsettingen for hverdagsrehabilitering er å ivareta rehabilitering til pasient/bruker som bor hjemme. Tjenesten er nær knyttet til hjemmebaserte tjenester ved at de ofte er samlokalisert. Ut fra det forliggende materiale ser det ut til å være en styrkning av hjemmebaserte tjenester.

Utfordringen i en slik «tredeling» av organiseringen av rehabiliteringen blir hvordan samarbeidet blir ivare tatt mellom de forskjellige enhetene i kommunen? Målsetting i et samarbeid er at man kan levere gode og målrettede tjenester ved at samarbeidet er komplementært, at man utnytter hverandres ressurser og har en god kommunikasjon på tvers av etatene og innad i etatene (Hatch, 2009).

I henhold til forskriftene om rehabiliteringstjenesten skal det gis helhetlige tjenester. For å kunne ivareta denne intensjonen er det en forutsetning at det er en tverrprofesjonell praksis (Hudson, 2004). Tjenestene karakteriseres i dag ved at noen enheter innad i kommunen gjennomfører en tverrprofesjonell praksis, dette er avdelinger i kommunene som rehabiliteringsavdelingen, ambulerende rehabiliterings team og

hverdagsrehabilitering. Imidlertid forgår det i liten grad tverrfaglige vurderinger på tvers av enhetene.

Mellom enhetene kan samarbeidet ofte kjennetegnes som en flerfaglig praksis. Det er ofte flere profesjonsutøvere involvert hos brukere med et rehabiliteringsbehov. Levering av de nødvendige tjenestene til brukerne foregår ofte parallelt. Dette peker på en flerfaglighet snarere enn tverrfaglighet. Et eksempel er når ergoterapeutene yter sine tjenester til bruker i hjemmebaserte tjenester samtidig som hjemmesykepleier utøve sin profesjon til samme bruker. En viktig forutsetning for at samarbeidet uansett form, er god informasjon og kommunikasjon.

Samarbeidet om rehabilitering i kommunene foregår ved at informasjon utveksles om pasient/bruker. Informasjonsflyten mellom enhetene og avdelingene skjer elektronisk, men noen ganger over telefon eller i møter. Når informasjonen gis elektronisk om pasienten går den til alle enheter i kommunen som er involvert i pasientens rehabiliteringsbehov. I henhold til samarbeidsmodellen som Andersson et al. (2011, se tidligere presentasjon) har skrevet om, er informasjon den enkleste form for samarbeid. Det neste trinn i denne modellen er «Case koordinering». Dette er også en form for samarbeid vi finner mellom enhetene i kommunene, ved at det opprettes koordinatorene i kommunen som samordner rehabiliterings aktivitetene i forhold til bruker.

Høyere former for samarbeid er lite synlig mellom enhetene i kommunene. Siden bruker har rett på helhetlige tjenester er det rimelig å etterlyse tverrfaglige team på tvers av enhetene som samarbeider systematisk om rehabilitering til bruker. Denne form for samarbeid kommer ikke fram i det materiale vi har.

Tidligere i rapporten har vi påpekt at et viktig spørsmål er hva enhetene i en kommune skal samarbeide om? Det ser ut til at tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingene har ulike behov. Datainnsamling og kartlegging er en viktig prosess før man kan komme fram til en beslutning om hva som skal gjøres. Relevante data bestemmes av hvilke beslutninger en skal fatte (Abbott, 1988, Hansen et al. 2016). De dataene som er nødvendig for å avklare om pasienten kan få et tilbud i hjemmet, eller om vedkommende skal

gis et tilbud på en rehabiliteringsavdeling, er andre enn de som danner grunnlaget for hvordan rehabiliteringstilbudet skal utformes.

Når det gjelder på hvilken avdeling bruker skal til i kommune ser det ut til å være en ukomplisert avgjørelse. Det bestemmes av tildelingskontoret på bakgrunn av de opplysningene de får gjennom det skriftlige kommunikasjonsystemet. For en stor del av pasientene synes dette å være riktig, men våre data viser at det i en del tilfeller ikke er tilstrekkelig for å kunne gjennomføre rehabilitering .

I vårt materiale etterlyser de fleste avdelinger som arbeider med rehabilitering bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom enhetene. Spesielt er dette rettet mot tildelingskontoret siden tildelingskontoret har en svært sentral plass i tildeling av rehabiliteringstjenester.

Tildelingskontoret gjennomfører idag en kartlegging, analyse og planlegger tiltak for pasient/bruker. Andre enheter iverksetter de tiltakene som tildelingskontoret vedtar. Når vurdering og tildeling av tjenester skjer i en avdeling blir spørsmålet om det førere til gode rehabiliteringstjenester for pasient/bruker? Et annet spørsmål er om det utføres evaluering av tjenestene og om det når fram til tildelingskontoret? I våre data ser det ikke ut til at det utføres en systematisk evaluering som formidles til tildelingskontoret. Dette fører til at viktig og nødvendig informasjon om rehabilitering ikke bli anvendt.

Workshop 2

Den andre Workshop ble gjennomført 02.12.17 hvor fase 3 i prosjektet ble arbeidet med. De resultatene som forskerne hadde kommet fram til ble presentert for deltakerne på den andre work-shoppen. Denne presentasjonen ble diskutert i grupper der deltakerne kom frem til konkrete forslag til tiltak for å fremme samarbeid og hvordan dette skal implementeres i kommunene. Under presenteres gruppenes forslag til tiltak.

Referat fra Moss kommune

Tiltak som kan fremme samarbeid om rehabilitering:

Invitere virksomhetsledere fra Per Gynt, Hjemmebaserte tjenester og Tjenestekontoret for å diskutere følgende forslag for å bedre samarbeidet om rehabilitering i kommunen:

1. Overføring av brukere; målet er «gode overganger» fra en etat til en annen. Forslag om samarbeidsmøter på tvers av virksomheter.
2. Felles forståelse om rehabilitering
3. Karlegging av rehabiliteringspotensiale hos bruker/pasient på tvers av tjenestene/virksomhetene. Viktig at struktur og rutiner i kommunen underbygger dette.
4. Revurdere søknadsskjemaet til helse og omsorgstjenester som reflekterer ny holdning fra «problemer til ressurser».
5. Informasjon/undervisning om rehabilitering temaene; rehabilitering og hverdagsmestring. Idealet er transparente tjenester, felles språk og forståelse for tjenesteomfanget. Denne informasjonen skal gis både til innbyggerne og innad i kommunen.
6. Starte nettverk om rehabilitering på tvers av virksomhetene.

Ref. Finn Samuelsen

Referat fra Halden kommune.

Tiltak som kan fremme samarbeid om rehabilitering:

1. Å få rehabiliteringstanke mer inn i hjemmetjenesten.
2. Rehabiliteringstanken må inn hos pasienten og pårørende også.
3. Tidlig kontakt mellom avdeling og hjemmetjeneste. Kommunikasjon - møteplasser.
4. Møtestyringsplan (sjekkliste) som brukes i planleggingen av hjemkomst.
5. Hverdagsrehabilitering bør ha en tilknytning til rehabiliterings avd. med f.eks. ukentlig møter.
6. Tidlig kontakt mellom rehabiliterings avd. og hjemmesykepleie - satt i system, f.eks. Innkostskjema – hvor ett av punktene er at hjemmesykepleie blir kontaktet for å høre hvordan pasientens funksjonsnivå var før innleggelse.
7. Kontakten kan gå begge veier tidlig i fasen.
8. Prosjektgruppe etableres med forankring i ledelsen.
9. Implementere tiltak kort tid etter at rapporten er utgitt. Rapporten blir vesentlig for å kunne argumentere for tiltak.
10. Hverdags rehabiliterings avd. bør ha opplæring med hjemmesykepleien. Hva kan vi hjelpe deg med?
11. Man må snu om på hjemmesykepleiens måte å tenke og jobbe på/jobbe med hendene på ryggen.
12. Fagdager/undervisningsdager, tverrfaglige - og at deltakere i prosjektet har ansvar for gjennomføringen av fagdagen (kl. 12.00 – 15.00).
13. Sammenfatte et skriv sammen med rapporten til ledelsen.

Ref. Inger Tjøstolvsen

Referat fra Fredrikstad kommune

Tiltak som kan fremme samarbeid om rehabilitering:

1. Hverdagsrehabilitering innføres i kommunen og utfordringer knyttet til dette ble hovedtemaet. Erfaringen er at de forskjellige enhetene som deltakerne i denne gruppen er knyttet til ikke er involvert i planen for hverdagsrehabiliteringen.
2. De ser behov for mer kunnskap i organisasjonen angående de forskjellige formene for rehabilitering som kommunen nå har. Andre kommuner har brukt lang tid på faglig omorganisering. Dette savnes i Fredrikstad.
3. Kommunene helsetjenesten bør samhandle mer på tvers.
4. Det bør etableres samarbeidsarenaer som ivaretar rehabilitering på flere nivåer.
5. De som jobber med pasientene har behov for kunnskap om rehabilitering og mestringstanken.
6. Det vil være nyttig å hospitere for å bli mer kjent, (slik andre kommuner har gjort).
7. Uformelle møteplassene bør formaliseres.
8. Med tanke på implementering vil medlemmene i gruppen melde ifra om dette til hver av egne linjeledere.
9. Gjerne bidra med kunnskapsformidling om rehabilitering innad og utad.
10. Det trengs ekstra økonomiske ressurser i slike prosesser
11. Og det trengs ressurspersoner koblet til ledelse ved innføring av nye tiltak.
12. Fredrikstad kommunenes helsetjeneste er i en omorganiseringsprosess. Det er blant annet laget et nytt skjema for hjelpebehov. Man må derfor vente litt og se hvordan det kan fungere og bedre kontakten mellom enhetene.

Ref. Anne-Grethe Gregersen

Referat fra Sarpsborg kommune

Tiltak som kan fremme samarbeid om rehabilitering:

Hverdagsrehabiliteringer innført i hjemmetjenesten i Sarpsborg kommune, dette har vært et stort satsingsområdet og alle ansatte har vært kurset slik at en skulle oppnå et mål om Paradigmeskifte i tanken rundt omsorg og hverdagsrehabilitering. Prosessen har ført mye bra med seg, men en opplever i gruppen fremdeles at det er et par områder som må jobbes videre med.

Dette går konkret på implementering i egen organisasjon.

For å få tiltak implementere tiltak i egen organisasjon må:

1. Tiltakene som implementeres må være målbare, evaluer bare, noe som igjen kan gi grunnlag for gevinstrealisering.
2. Implementeringen må være en del av et planlagt tverrfaglig arbeide med struktur, et utviklingsarbeid.
3. Tiltakene som implementeres må være forankret i ledelsen

Tiltak for å videreutvikle rehabiliterings tanken, gjennomføre paradigmeskiftet:

1. Tanker for rehabilitering må det implementeres til å gjelde alle tjenesteområder som er involvert i tjenester til mennesker med behov for rehabilitering. Dette gjelder eksempelvis;
 - Matombringing
 - Transport
 - Dagsenter
 - Støttekontaktordning

Uten at disse samsnakker og jobber med ut fra felles mål blir det vanskelig med å gjennomføre rehabilitering.

2. Flerfaglig inntakskontor

Dette kan gi bedre tilbud til mennesker i behov av rehabilitering.

3. Geric

Skape en felles forståelse for anvendelse av Geric, dette kan resultere i at en bruker programmet mer hensiktsmessig.

Dette krever mer og bedre opplæring i bruk av Geric

Ref: Mette Tindvik Hansen

Diskusjon

I opptrappingsplanen for rehabilitering, beskriver regjeringen følgende utfordringer for det kommunale rehabiliteringsarbeidet:

- Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene: Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- Svikt i kapasitet: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.
(Prop. 1 S, 2016-2017 - Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019))

De tilbakemeldingen vi har fått i dette prosjektet viser at disse problemene i større eller mindre grad faller sammen med de utfordringene som kommunene beskriver også i denne sammenhengen. Prosjektet har i så måte i liten grad avdekket noe nytt. Det som likevel anses som viktig er at prosjektet har bevisstgjort kommunene om de utfordringene de står overfor. Kommunene har dermed fått frem et grunnlag for et forbedringsarbeid. En slik bevisstgjøring av hvilke utfordringer man står overfor anses som et viktig grunnlag for et videre kvalitetsutviklingsarbeid (Madsen, 1997).

Dessverre er det ikke nok å avdekke problemer for å få til en effektiv kvalitetsutvikling. Man bør også ha en forståelse for hvorfor de aktuelle problemene oppstår og hvordan de kan løses. Vi skal derfor bruke noe plass på å analysere de tilbakemeldingene som vi har fått gjennom dette prosjektet

og på den måte gi noen mulige forklaringer på hva som skaper problemer og hvordan de muligens kan løses.

Definisjonen av rehabilitering understreker slik vi ser det to sentrale poenger ved den prosessen som skal gjennomføres. For det første skal det være et samarbeid mellom ulike faggrupper, der nest er det et krav om brukermedvirkning. Vi har foran skissert en del av kjennetegnene på samarbeid og skal vise hvordan disse kan gi oss en forståelse av de utfordringene deltakerne har avdekket.

Samarbeid

Vi legger altså til grunn at rehabilitering handler om samarbeid. For at man skal få til et fruktbart samarbeid må man avklare både hvem som skal samarbeide, hvordan de skal samarbeide og hva de skal samarbeide om. Vi legger også til grunn at rehabilitering ikke er en standardisert prosess. Det er det vi vanligvis kaller et «uregjerlig problem» (Vabø, 2014). Kjennetegnene på et uregjerlig problem er blant annet at de er individuelle og sammensatte, og at det ikke finnes en standardisert løsning, men at man i stedet må prøve seg frem med sikte på å finne ut hva som passer best for akkurat denne brukeren. At problemene er sammensatte, gjør at det er behov for innsats fra flere ulike yrkesgrupper.

Samarbeid kan som pekt på innledningsvis være flerfaglig eller tverrfaglig. Flerfaglig samarbeid ivaretar ikke de utfordringene man har dersom brukeren har et sammensatt problemkompleks. Skal man klare å yte samordnete tjenester til en bruker med et sammensatt problemkompleks, er det nødvendig med tverrfaglige tjenester (Head & Alford, 2015). Det er ikke ved selve utførelsen av tjenestene at samarbeidet er mest nødvendig. I noen tilfeller må arbeidsoppgaver fordeles fordi det kreves en bestemt kompetanse å utføre dem. Behovet for samarbeid er likevel ofte størst når man kartlegger og analyserer både før og underveis i tiltaksprosessen. Det er når man skal vurdere hva slags tjenester brukeren har behov for, og om de tiltakene som er iverksatt har fungert at det er behov for kunnskapen til ulike

yrkesgrupper (Hansen et al, 2016). Vi skal siden komme tilbake til at også brukeren selv og pårørende bør ha en rolle i slike vurderinger.

I oppsummeringen fra den første work-shop'en pekte vi på at det er tre sentrale kommunale aktører i det kommunale rehabiliteringsarbeidet – tildelingskontor, kommunal rehabiliteringsavdeling og ambulante rehabiliteringstjenester. Tildelingskontoret har ansvar for kartlegging av brukerens behov og ønsker, og utformer et vedtak om hvilke tjenester brukeren skal ha på grunnlag av denne kartleggingen. Tilbakemeldinger tyder på at denne kartleggingen i en del tilfeller ikke er omfattende nok, verken ved oppstart av et tjenestetilbud, eller ved fornyelse av det. Når rehabilitering handler om sammensatte problemer er det nødvendig å sørge for en kartlegging der ulike faglige perspektiver blir ivaretatt. Det innebærer at den eller de som kartlegger må kunne kartlegge og analysere brukerens behov for innen ulike områder som pleie, hjelp i hjemmet, rehabilitering og psykisk helsehjelp. I noen tilfeller får tildelingskontoret til dette, gjerne ved å samarbeide med de ulike tjenesteyterne. I andre sammenhenger klarer ikke tildelingskontoret å fange opp tjenestebehovet godt nok. Det gjelder både ved oppstart av tjenestene og ved endringer av behov underveis.

En stor del av den kommunikasjonen som foregår mellom de ulike aktørene foregår skriftlig. I den modellen som vi har skissert foran (Andersson et al., 2011) er informasjonsutveksling den laveste formen for samarbeid. De tilbakemeldingene vi har fått i dette prosjektet tyder på at denne formen for kommunikasjon ikke er tilstrekkelig for å få til en god nok informasjonsutveksling. Det skyldes delvis at informasjonen ikke er god nok, at det oppstår misforståelser som ikke blir avslørt fordi den som har sendt informasjonen ikke får tilbakemelding, og fordi den tolkes feil. Skriftlig informasjon er derfor etter vår mening sjelden tilstrekkelig når man skal forholde seg til et uregjerlig problem.

En målsetting med tverrfaglig samarbeid er at gjensidig informasjonsutveksling mellom aktører med ulike faglig bakgrunn og kompetanse skal skape grunnlag for en helhetlig forståelse av brukerens

behov og hvilke tiltak som kan bidra til å hjelpe vedkommende (Hudson, 2004). Slik vi ser det må det da skapes møteplasser der representanter for de ulike perspektivene kan møtes. Ut fra de beskrivelsene som kommer frem i dette prosjektet, ser det ut som om det er nødvendig med møteplasser der tildelingskontor og de som skal yte tjenestene kan møtes – også underveis for å evaluere tjenestetilbudet og å vurdere behovet for endringer. Det er eksempler i dette prosjektet på at slike møter er blitt gjennomført i noen sammenhenger og tilbakemeldingene fra de som har deltatt er i slike møter er klart positive.

Slike møteplasser er ikke bare nødvendig for å få på plass formelle vedtak om hvilket tjenestetilbud brukeren skal ha. Et av kjennetegnene på uregjerlige problemer er at det kan være vanskelig å ha en felles forståelse av hva som er brukerens utfordringer og bli enige om hva som er målet med tjenestetilbudet (Head & Alford, 2015). Hvis man ikke er enige om disse forholdene, risikerer man at de ulike tjenestetilbudene motvirker hverandre og at den kommunale innsatsen er bortkastet, eller i alle fall ikke så effektiv som den burde. Det er derfor også nødvendig med møteplasser der de ulike aktørene kan diskutere seg frem til en felles forståelse og bli enige om felles mål. I noen tilfeller er det nødvendig å inngå noen kompromisser, men hvis man blir enige om at det skal gjennomføres underveisevalueringer, og at man på bakgrunn av dette kan endre så vel mål som tiltak så bør det være mulig å få til aksept for slike kompromisser. Erfaringen tyder dessuten på at hvis man får til gode møter og prosesser rundt beslutninger om hva slags tilbud som skal ytes, så bidrar dette til at det utvikles gjensidig tillit mellom aktørene (Hudson et al., 1997). Flere av deltakerne i dette prosjektet har etterlyst bedre tillit mellom aktørene, flere og bedre møteplasser kan trolig bidra til at slik tillit etableres.

Brukermedvirkning

Som vi har pekt på foran så handler rehabilitering i stor grad om å gi brukeren bistand i egen mestringsprosess. Det betyr at det ikke bare faglige vurderinger av hva som er de «beste» tiltakene, skal legges til grunn for hvilke

tiltak som skal iverksettes. Dette innebærer at brukermedvirkning skal være sentralt i all rehabilitering. En utfordring er at brukermedvirkning ofte blir et honnørord som brukes uten at man er enige om innholdet i begrepet.

Flere forfattere understreker at brukermedvirkning handler om hvordan brukerne deltar i og får innflytelse på beslutningsprosesser. Det kan for eksempel nås gjennom et partnerskap mellom tjenesteytere og brukere (Coulter, 1999). Et begrep som illustrerer denne formen for partnerskap, er «Shared Decision-Making» (delt beslutningstaking). Storm & Edvards (2013) peker på at en slik prosess krever blant annet aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter og en prosess der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer.

Brukermedvirkning handler derfor om beslutningsprosesser og mulighetene til å påvirke disse. Vi tar derfor utgangspunkt i beslutningsteori der man beskriver beslutningsprosesser som et produkt av problemstillinger, løsningsalternativer, deltakere og valgmuligheter (March, 1994). En forutsetning for brukerinntflytelse er deltakelse på de ulike beslutningsarenaene, der det blant annet handler om å velge hvilke problemstillinger som skal tas opp, og å velge mellom aktuelle løsningsalternativer (Askheim, 2009). Beslutningsprosesser styres også av hvor klare målene er, at man kjenner aktuelle løsningsalternativer, og at man ser konsekvensene av de løsningsalternativene som foreligger (Hatch, 2009). Vi legger derfor til grunn at dersom man skal oppnå brukerinntflytelse gjennom delt beslutningstaking, så må brukerne delta på de arenaene der de reelle beslutningene tas. Dessuten må de målene som formuleres, være felles for brukere og tjenesteytere, og det må være en felles innsikt i aktuelle løsningsalternativer og konsekvensene av disse.

I praksis innebærer dette at brukerne må kunne delta på en del av de arenaene som de ansatte møtes på. En felles forståelse av problemer og enighet av mål er ikke noe de ansatte kan diskutere seg frem til uavhengig av brukeren. Det er nødvendig at brukeren selv får anledning til å si hva vedkommende synes at er viktig. Det er likevel ikke slik at det bare er å

overlate til brukeren å bestemme hva som er utfordringer, mål og foretrukne tiltak. Det er viktig at brukere som skal være med på å bestemme er informerte brukere. De ansatte har derfor et særlig ansvar for å gi brukerne tilstrekkelig informasjon til at de kan foreta kvalifiserte valg. Det innebærer igjen at også den eller de som skal informere selv er tilstrekkelig informert – i mange tilfeller innebærer det at brukeren trenger innspill fra flere ansatte med ulik erfaring og fagbakgrunn.

Pårørende

I et rehabiliteringsforløp vil pårørende i mange tilfeller kunne bidra positivt. Det innebærer at tjenestene også sørger for å inkludere disse. Pårørende som har tett kontakt med brukeren trenger derfor informasjon om hvordan de kan følge opp brukeren på en slik måte at det styrker rehabiliteringsprosessen. I tillegg vil pårørende være en som får viktig innsikt i hvordan situasjonen utvikler seg. Det betyr at pårørende kan bidra med gode innspill til å forstå hvilke tiltak som bidrar til at prosessen går fremover og hvilke tiltak som motvirker dette. Skal man få til dette, må man også ha møteplasser der de pårørende deltar.

Konklusjon

Hvis man skal ta definisjonen av rehabilitering på alvor og legge til grunn at rehabilitering vil være uregjerlige problemer som krever individuelt tilpasset løsninger med innsats fra ulike aktører, så anser vi at samarbeid bygget på skriftlig informasjon ikke er tilstrekkelig. Samarbeidet må i stedet forankres gjennom konkrete møteplasser. Det finnes i dag en rekke modeller for hvordan man kan organisere slike møteplasser (Andersson et al., 2011). Noen av disse modellene er nokså ressurskrevende og derfor en utfordring å få på plass. Det finnes også modeller som er forholdsvis enkle og mindre ressurskrevende. Former for ansvarsgrupper er kan være nokså enkle samarbeidsarenaer og er tatt i bruk i mange sammenhenger, men mange har likevel dårlige erfaringer med disse. En forklaring på det kan være at man

ikke har klart for seg hva man skal samarbeide om. Vi legger vekt på at det er kartlegging, analyse og evaluering av de tiltakene som er satt i verk som det er viktigst å samarbeide om. Valg av samarbeidsformer eller arenaer bør derfor tilpasses mulighetene for å samarbeide om disse forholdene, samt til å ivareta brukernes medvirkning.

Dette prosjektet har vist at deltakerne fra kommunene har klar forståelse for hvilke utfordringer de har med å bygge opp samordnete og helhetlige rehabiliteringstilbud i kommunene. Selv om mange av utfordringene synes å være felles for alle kommunene, er det ikke gitt at løsningene vil den samme. Det er trolig behov for å tilpasse løsninger til eksisterende organisering og løsninger som passer for en kommune, vil derfor ikke uten videre passe for en annen. Hver kommune må derfor velge sin vei videre i arbeidet med å utforme gode rehabiliteringsprosesser. I opptrappingsplanen konkluderer regjeringen på følgende måte:

Dagens siloorganiserte tilbud må utvikles i retning av en mer teambasert og tverrfaglig tjeneste, og de faglige ressursene må brukes mer målrettet gjennom en strukturert oppfølging og planlegging. Dette krever god ledelse.

(Prop. 1 S, 2016-2017 - Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019))

At kommunale leder tar det ansvaret regjeringen her legger på dem vil trolig være en viktig forutsetning for å oppnå målsettingen om samordnete og helhetlige rehabiliteringstjenester i kommunene.

Litteratur

- Abbott, A. (1988). *The System of Profession*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., og Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Andvig, E. (2014). Förundran i hermeneutisk forskning - ett exempel från fokusgruppsamtal, i E. Lassenius, & E. Severinsson (red.), *Hermeneutik i vårdpraxis*. Malmö: Gleerups Utbildning AB
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (01), 52-59.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B., (2014). Organisering av samverkan – modeller svårigheter och möjligheter, i Willumsen, E. og Ødegård, A. (red.) (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Follevåg, B. M. (2014). Frå prosjekt til varige ordningar: Organisatoriske 'grep' som kan bidra til å styrke kompetanse og samarbeid innan rehabilitering og førebyggjande helsearbeid: Rapport frå Interkommunalt Samarbeidsprosjekt 2011-2013.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012). Hentet 07.04.2016, fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1
- Hansen, GV. et al.(2017) Samarbeid om rehabilitering. Oppdragsrapport Høgskolen i Østfold;2017:1.
- Hansen, G V; Bjørkquist, C; Huby G Ø; Johnsen, L (2016): SÅRBARE OVERGANGER – «Tricky Transitions», Halden Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport 2016:1

- Hatch, M. J. (2009). *Organisasjonsteori – moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: implications for public policy and management. *Administration & Society*, 0095399713481601.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 20.04.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1997). Strategic alliances: working across professional boundaries: primary health care and social care. *Public Money and Management*, 17(4), 25-30.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75-94.
- Lovdata. (2012). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 07.04.2016 fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1
- Ketelaars, C. (2011). Integrated care requires integrated supervision. *International journal of integrated care*, 11(1).
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. *Norges barnevern*, nr.1, s.4-9.
- Madsen, B. & Willert, S. (1997) Liv i den Lewinske trekant. I Graversen, G. *Et arbeidsliv*. Århus: Psykologisk Institut.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: Free Press.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
- Mintzberg, H. (1994): *Rise and Fall of Strategic Planning* New York: Free Press

- Normann, T., Thommesen, H., & Sandvin, J. T. (2008). *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?*. Kommuneforlaget.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC health services research*, 13(1), 121.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D`Amour, D. og Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:132-147.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in Mental Health. *Patient-Centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*, 214.
- Proposisjon til Stortinget, 1 S, 2016-2017 - Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019).
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering, i Vabø, M. og Vabo, S.I. (red), *Velferdens organisering*, Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Sarpsborg kommune

Hemmer for samarbeid	Mangel på tid – og felles arenaer	Behov for flere yrkesgrupper	Gerica behov for opplæring og justering
Fremmer for samarbeid	Ansatte som engasjerer seg i rehabilitering	God dokumentasjon	Et godt samarbeid med pårørende
Forslag			

Fredrikstad kommune

Hemmer for samarbeid	Tenker forskjellig om rehabilitering	Hjemmesykepleien tenker hva pasienten «trenger hjelp til»	Forskjellige ledere for enhetene og faggruppene
Fremmer for samarbeid	Tildelingskontoret oppsøker pasienten	Vilje til samarbeid, bra med samarbeidsmøter om pasienten	Samlokalisering har bedret samarbeidet
Forslag	Informasjon og om opplæring i kommunehelsetjenesten på alle nivåer, til alle enheter, til alle faggrupper for å få felles kunnskap om rehabilitering, og bli hensikt/målsetting og kriterier for de forskjellige rehab. tilbud	Mer samarbeidsmøter om pasientene for å tenke sammen om mestring og rehabilitering	Mer samlokalisering og forankring i ledelse

Moss kommune

Hemmer for samarbeid	Tildelingskontoret bestemmer tjenestetilbudet - byråkratisert	Stor avstand mellom tjenestene i helsehuset og hjemmebaserte tjenester	Manglede dialog og kjennskap til hverandres tjenester	Nedprioritering av samarbeidsmøte før hjemreise
Fremmer for samarbeid	Tverrfaglig hjemmebesøk / vurdering	Omforent forståelse av tjenestens innhold hva legges i rehabilitering	Sterke og robuste fagmiljøer	Hverdagsrehabilitering nært på hjemmebaserte tjenester og de er tidlig inne
Forslag	Faste møtepunkter; TK, ART, Rehab. avd, HV reahab			

Halden kommune

Hemmer for samarbeid	Fysioterapeutene har mindre ressurs, de jobber både på avdelingen og ute i hjemmene- dette setter begrensinger for behandlingstid inne på avdelingen.	Det oppleves ugreit at kartleggingsteamet gjør egne vurderinger uavhengig av de vurderingene som har blitt gjort på rehabiliteringsavdelingen eller av hjemmesykepleien	Kartleggingsteamets vurderinger stemmer ikke alltid med hjemmesykepleiens vurderinger.	Mangel på kontinuitet i treningen til pasienten når vedkommende kommer hjem.
Fremmer for samarbeid	Bra at unødvendige møter mellom avdeling og hjemmesykepleien er fjernet.	Positivt at fysioterapeutene kan komme hjem til pasienten.	Bra med telefonsamtale mellom avdeling og hjemmesykepleie	Har en felles forståelse hva rehabilitering er
Forslag	Å få rehabiliteringstanken mer inn i hjemmetjenesten.	Tidlig kontakt mellom avdeling og hjemmetjeneste.	Forebygging av ensomhet og isolasjon.	