

# SAMARBEID OM REHABILITERING

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

Høgskolen i Østfold  
Oppdragsrapport 2017:1

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2017:1

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-447-9

ISSN: 1504-5331

# Forord

Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag har i mange år hatt en forskergruppe «Tverrprofesjonelt/tverrfaglig samarbeid og samarbeidslæring». Gruppen skiller seg fra andre forskergrupper ved at gruppen også 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. Dette prosjektet 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 og korreksjoner underveis. Denne bakgrunnen har medført at vi i dette prosjektet bare har møtt velvilje fra alle som har blitt bedt om å stille opp for å bidra med data til denne undersøkelsen. Vi retter derfor en stor takk til alle de som i en ellers hektisk hverdag, har stilt opp som informanter.

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

Fredrikstad, desember 2016

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



# Innhold

Forord.....	1
Sammendrag .....	5
Organisering .....	7
Resultater.....	9
Innledning .....	15
Bakgrunn.....	15
Kunnskapsstatus .....	19
Rehabilitering .....	19
Samarbeid.....	21
Rammebetingelser .....	21
Samarbeidsmodeller .....	24
Samarbeidsformer.....	25
Hva skal det samarbeides om? .....	27
Brukermedvirkning.....	30
Pårørendes deltakelse .....	32
Psykisk helse .....	34
Metode og datasamling.....	37
Datapresentasjon .....	41
Innledning.....	41
Rehabilitering .....	42

Samarbeid.....	49
Brukermedvirkning.....	60
Psykisk helse .....	63
Pårørende og rehabilitering.....	65
Work-shop.....	69
Drøfting .....	73
Rehabilitering .....	73
Samarbeid.....	76
Psykisk helse .....	83
Brukermedvirkning.....	86
Pårørende .....	88
Avslutning .....	91
Litteratur: .....	95

# Sammendrag

Regjeringen legger opp til at det skal bli en tydelig arbeidsdeling mellom sykehus og kommuner slik at sykehusene tar seg av behandling og kommunene tar seg av rehabilitering. For å følge opp disse kravene har de tre kommunene vi har sett på i dette prosjektet alle opprettet egne rehabiliteringsavdelinger. En slik arbeidsdeling setter krav til at man får til et godt samarbeid. Dessverre er utgangspunktet for dette prosjektet at kommunene ga uttrykk for at samarbeidet ikke fungerte etter intensjonene.

Det ble opprettet et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset, de tre kommunene og høgskolen med sikte på å avklare hvilke utfordringer man hadde med hensyn til samarbeid om rehabiliteringspasienter. Målsettingen var at en slik kartlegging skulle gi grunnlag for å komme frem til konkrete tiltak som man kunne implementere. Forskerne fra høgskolen tok da på seg oppgaven med å kartlegge utfordringene, analysere disse og skissere noen mulige løsninger. Det er det vi gjør i denne rapporten.

Selve datasamlingen ble gjennomført ved gruppeintervjuer av ansatte på de kommunale rehabiliteringsavdelingene og tildelingskontorene. I tillegg ble det gjennomført et gruppeintervju av sentrale personer i sykehuset.

Rehabilitering er et begrep som er definert gjennom egen forskrift der det understrekes at det er en samordnet, tverrfaglig og planmessig prosess, der sentrale mål om brukermedvirkning og egen mestring er viktige. Definisjonen la klare føringer for hvilke forhold vi mente det var interessant å kartlegge.

Undersøkelsen tok utgangspunkt i en modell som viser at samarbeid påvirkes av forhold på ulike nivåer, gjerne betegnet som makro-, meso- og mikronivå (San Martin-Rodriguez et al., 2005, Ødegård 2009, Valentijn et al., 2013). Vi var dessuten opptatt av at samarbeid kan innebære ulike former for samhandling. Andersson et al. (2011) peker på at samarbeid kan organiseres på enkle eller mer avanserte måter, og vi var derfor opptatt av hva slags former for samarbeid man benyttet i forhold til rehabiliteringspasienter. Vi var også opptatt av hva man samarbeidet om – kravet om tverrfaglighet innebærer at man bør samarbeide både om datasamling og analyse av hvilke tiltak som bør iverksettes (Hansen, 2007).

Mange pasienter opplever at rehabilitering handler om at de skal kunne mestre en ny livssituasjon. For denne gruppen kan situasjonen kjennetegnes av usikkerhet, angst og depresjoner (Saban et al., 2010). En helhetlig og samordnet rehabiliteringsprosess bør derfor også inkludere tilbud om psykisk helseoppfølging (Naylor et al., 2015). Det er derfor et tema som vi også har vært opptatt av.

Definisjonen av rehabilitering legger også stor vekt på brukermedvirkning. Vi var derfor også opptatt av å høre hvordan pasientene selv fikk medvirke i rehabiliteringsprosessen. En viktig tilnærming i den sammenhengen var i om man ivaretok forventninger om «delt beslutningstaking» (Storm & Edvards, 2013).



En brukergruppe som synes lite ivaretatt er pårørende (Cameron & Ginac, 2008). Samtidig er det stadig større oppmerksomhet om at dette er en gruppe som ofte har en sentral rolle i oppfølgingen av pasientene. Man snakker nå om at pårørende skal bidra i samproduksjon med det profesjonelle tjenestetilbudet (Askheim, 2016). Hvordan disse ambisjonene blir ivaretatt har vi også sett nærmere på.

## **Organisering**

Alle kommunene har en spesialavdeling eller spesialsenger for rehabilitering. Sykehuset har ikke egen rehabiliteringsavdeling, men det finnes fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber med tidlig rehabilitering ved flere avdelinger, blant annet geriatrisk, neurologisk og ortopedisk avdeling. I tillegg har helseforetaket avtaler med flere spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner.

En stor del av kommunikasjonen foregår i dag ved hjelp av Pleie og Omsorgsmeldinger (PLO). Dette er et helt sett av ulike meldinger/skjema tilpasset ulike situasjoner og behov. En del av skjemaene er utarbeidet lokalt som et samarbeid mellom sykehuset og kommunene. PLO-meldinger utveksles mellom sykehus og kommuner ved hjelp av Elektronisk meldingsutveksling (eLink). Systemet kan også brukes til vanlige meldinger og kommunikasjon mellom enheter i sykehuset og kommunen, og mellom enheter internt i kommunen.

Sykehuset sender melding til kommunen når en pasient blir innlagt og når behandlingen skal avsluttes gis det beskjed til kommunen. Det er normalt kommunens tildelingskontor som får henvendelser fra sykehuset. Tildelingskontoret vurderer dokumentasjonen fra sykehuset og kobler den eventuelt med andre opplysninger om pasienten som foreligger i kommunens datasystem (for eksempel omfang av kommunale tjenester før innleggelse i sykehus). Alle de aktuelle kommunene har dessuten nå begynt å dra på besøk til utvalgte pasienter mens de fortsatt er på sykehuset for å avklare hva slags tjenestetilbud kommunen bør tilby. På bakgrunn av de data som blir tilgjengelig for tildelingskontoret ved skriftlig dokumentasjon og personlig kontakt, vedtar tildelingskontoret hvilket tiltak kommunen skal iverksette. Noen ganger tar tildelingskontoret kontakt med de ulike tjenestestedene før det gjøres et formelt vedtak.

Dette innebærer at veien frem til et rehabiliteringstilbud på en rehabiliteringsavdeling er todelt. Først sender sykehuset en melding til tildelingskontoret som tar stilling til hvilket tilbud kommunen skal yte. Dernest sender tildelingskontoret melding videre til rehabiliteringsavdelingen som skal vurdere hvilket innhold rehabiliteringen skal ha.

Datasamlingen ble avsluttet med en work-shop. Det var invitert fire deltakere fra sykehuset og hver av kommunene. Innspillene vi fikk kan kort oppsummeres på følgende måte.

Skriftlig informasjon var ikke alltid tilgjengelig for alle som hadde behov for den – løsning kan være felles journalsystem – eller i det minste å revidere PLO-skjema – i tillegg trengs det informasjon og forståelse for hvorfor det skal kartlegges og hva dataene skal brukes til. I tillegg ble det fremhevet at det var behov for bedre kunnskap og felles forståelse av hva som ligger i rehabilitering, og at det var lett tilgjengelige opplysninger om hvilke tilbud kommunene har. Løsningen med kommunale pasientkoordinatorer på sykehuset ble fremhevet som særlig interessant. Innad i kommunen ble det pekt på at god og åpen kommunikasjon mellom tildelingskontor og rehabiliteringsavdelingen var viktig.

## **Resultater**

Vi har i dette prosjektet sett at kommunene har tilpasset seg overordnede strategier og bygd opp et lokalt rehabiliteringstilbud med egne rehabiliteringsavdelinger. Det innebærer at det er behov for gode samarbeidsrutiner om pasienter som trenger et omfattende rehabiliteringstilbud. Våre data viser at dette samarbeidet ikke er uproblematisk.

På det organisatoriske nivået er en utfordring knyttet til bruken av bestiller-/utfører-modellen. En type utfordringer vi har sett at gjerne oppstår ved bruken denne modellen i helse- og sosialsektoren (Hansen & Ramsdal, 2005). Det innebærer blant annet at informasjonen fra sykehuset går innom tildelingskontoret før den kommer frem til rehabiliteringsavdelingen. Det innebærer at rehabiliteringsavdelingen i utgangspunktet ikke kommuniserer

direkte med sykehuset. Det setter store krav til kompetansen hos de ansatte på tildelingskontoret, men slik kompetanse kan også dekkes ved et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen. En annen utfordring er også knyttet til at tildelingskontoret må finne plass til pasienter som sykehuset sier er utskrivningsklare. Det innebærer at man i noen tilfeller må benytte plasser ved rehabiliteringsavdelingen til pasienter som rehabiliteringsavdelingen mener ikke har tilstrekkelig utbytte av oppholdet der. Dette er også en utfordring som kan reduseres ved å ha tett kontakt mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Det er en rekke grunner til å benytte skriftlig kommunikasjon mellom de ulike aktørene. Det kan bidra blant annet til dokumentasjon og kvalitetssikring. Tilbakemeldingene er nokså tydelige på at innføringen av PLO-meldinger og eLink har gjort denne kommunikasjonen lettere. Etter hvert synes det dessuten som om ansatte både i sykehus og i kommunene er blitt flinkere til å benytte disse mulighetene. Likevel er det noen åpenbare mangler med en del av de skjemaene som benyttes. Det er derfor stor enighet om at det er på sin plass å revidere en del av disse.

Tildelingskontorene i alle de tre kommunene har alle i ulik grad begynt å besøke pasienter på sykehuset før de blir skrevet ut. Erfaringene med en slik løsning er gode, men dette er en ressurskrevende løsning. Vi ser likevel at denne løsningen har en rekke fordeler. Den bidrar til at pasientene blir informert om de tilbudene kommunen har, den styrker brukermedvirkningen ved at pasientene kan delta i beslutningsprosessen fra første stund, og den innebærer at tildelingskontoret får en bedre innsikt i pasientens situasjon

enn det som formidles via PLO-meldinger. En utfordring er at den innsikten tildelingskontoret får må formidles videre til rehabiliteringsavdelingen. Det er igjen et argument for tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Rehabiliteringsavdelingene gjennomfører selv omfattende kartlegginger av de pasientene som kommer inn. De beskriver en prosess som fremstår som klart tverrfaglig (Hansen, 2007). For en del av pasientene, for eksempel de som allerede har fått et tilbud fra fysio- eller ergoterapeuter på sykehuset, ønsker man likevel bedre innsikt i de tiltak som har vært satt i verk på sykehuset og erfaringene med disse. Rehabilitering påvirkes av en rekke faktorer som funksjonsnivå, motivasjon og miljøbetingelser. Det betyr at de som skal yte disse tjenestene ikke kan hente frem standardiserte løsninger, men må tilpasse tilbudet til den konkrete situasjonen. De erfaringene andre har med ulike tilbud til pasienten blir da en viktig del av kartleggingen (Hansen, 2013). Ordningen med at fysioterapiepikriser fra sykehuset gjøres tilgjengelig for den kommunale rehabiliteringsavdelingen er derfor et fremskritt. Andre løsninger som gjør at man kan legge til rette for direkte kommunikasjon mellom rehabiliteringsavdelingen og sykehuset bør også vurderes.

På det individuelle planet synes det å være en stor utfordring knyttet til at det ikke er en felles forståelse av begrepet rehabilitering. Uklar begrepsbruk kan være et stort hinder for godt samarbeid (Røsstad et al., 2013; Follevåg, 2014). Det innebærer at det ikke blir samsvar mellom det som etterspørres og det som ytes. Det kan også henge sammen med at ansatte på sykehuset ikke

kjenner de kommunale tilbudene godt nok. Her foreligger det en rekke forslag som kan redusere disse utfordringene. For det første finnes det er autorativ definisjon på rehabilitering – en definisjon som legger grunnlag for det tilbudet man yter på rehabiliteringsavdelingene. En bedre innsikt i hva som ligger i denne definisjonen kan kanskje avhjelpe noe – her er det også en utfordring til høgskolens utdanninger. Et annet forslag går ut på å gjøre informasjonen om hvilke kommunale tilbud som finnes bedre tilgjengelig både for ansatte og pasienter på sykehuset. Særskilte hjemmesider lett tilgjengelig på sykehuset kan være en løsning. En tredje løsning er å øke kommunenes tilstedeværelse på sykehuset, slik at de både kan informere godt om sine tilbud og avklare i samarbeid med pasienten veien videre etter utskrivning fra sykehuset. En slik løsning synes å kreve et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Undersøkelsen viser at brukermedvirkningen er begrenset før pasienten kommer frem til rehabiliteringsavdelingen, men på rehabiliteringsavdelingen synes det derimot å være gode rutiner på å inkludere pasientene i beslutningsprosessene om innholdet i rehabiliteringsprosessen (Storm & Edvards, 2013). Selve oppholdet på rehabiliteringsavdelingen blir planlagt forholdsvis nøye, men det ser ikke ut som om man er like opptatt av å planlegge hvordan tilbudet etter endt opphold skal videreføres.

Rehabilitering er et fagområde der man har hatt gode erfaringer med bruk av individuelle planer (Thommessen et al., 2003). En enkel form for individuell plan vil nok i noen tilfeller være hensiktsmessig – dette bør trolig gjøres i et samarbeid mellom rehabiliteringsavdelingen og tildelingskontoret.

En gruppe som trolig vil ha en sentral plass i oppfølging etter endt opphold på rehabiliteringsavdelingen, er pårørende. Det er derfor noe overraskende at det ikke finnes bedre rutiner for å inkludere disse. Ut fra ambisjonene om å inkludere dem i en samproduksjon med profesjonelle tjenesteytere, skulle man forvente at man var mer opptatt av dette (Askheim, 2016)

Rehabilitering handler om å gi et helhetlig tilbud. Det inkluderer også psykisk helse (Naylor et al., 2015). Flere av dem vi har intervjuet peker på at mange rehabiliteringspasienter preges av angst og depresjoner. Det kan derfor være grunn til å vurdere om man på rehabiliteringsavdelingene også bør ha et tilbud som ivaretar pasientenes psykiske helse noe bedre enn i dag.

Denne undersøkelsen er gjennomført før det er helt avklart hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommuner skal organiseres og gjennomføres. De aktuelle kommunene er likevel kommet langt. Det er tegn i våre data som tyder på at formell kommunikasjon og misforståelser som følge av at den ikke er tilstrekkelig god, bidrar til en viss grad av mistro mellom sykehusansatte og ansatte i kommunen. En del av de forslagene som er presentert i denne rapporten kan motvirke slike motsetningsforhold. Tilrettelegging for bedre kommunikasjon, uten at det går ut over kravet om dokumentasjon, kan derfor være en vei å gå. Vi vil derfor tilslutt bare peke på at flere har etterlyst møteplasser der ansatte som jobber med rehabilitering både i sykehus og kommuner kan møtes for faglig påfyll og diskusjoner. Det er faktisk dokumentasjon som viser at det er lettere å samarbeide med en du kjenner (Reeves & al, 2010). Slike faglige møteplasser kan derfor å være en god løsning.





# Innledning

Helsevesenet blir stadig mer bevisst på at hvis man skal kunne møte de utfordringene som man står overfor i fremtiden, så må det legges stor vekt på at personer som av ulike grunner har fått nedsatt funksjonsevne får et rehabiliteringstilbud slik at de kan styrke sin mestringsevne og bli mest mulig selvhjulpne. Rehabilitering ytes i dag både av spesialisttjenesten og av kommunene, og det er derfor et behov for å avklare hvordan man best kan samarbeide om slike tjenester. Prosjektet er et samarbeid mellom kommunene Sarpsborg, Halden og Fredrikstad, Sykehuset i Østfold og Høgskolen i Østfold.

Målsettingen med prosjektet var å kartlegge hvilke former for samarbeid som benyttes i rehabiliteringsfeltet mellom kommunene Halden, Sarpsborg og Fredrikstad og Sykehuset Østfold; analysere fordeler og ulemper med de ulike samarbeidsformene, og å skape grunnlag for å utvikle og implementere bedre samarbeidsrutiner.

## Bakgrunn

Med utgangspunkt i en diskusjon i forskergruppen for tverrprofesjonelt /tverrfaglig samarbeid og samarbeidslæring, ble de tre kommunene (Halden, Sarpsborg og Fredrikstad) og Sykehuset Østfold som alle er representert i forskergruppen, enige om å sette fokus på hvordan samarbeidet fungerer i forhold til pasienter med et rehabiliteringsbehov. Den diskusjonen som ble

initiert i forskergruppen viste at det var klare forskjeller mellom hvordan kommunene har organisert sine rehabiliteringstjenester og hvordan de samarbeider med sykehuset. Dette er ikke bare en utfordring her i Østfold.

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.

Regjeringen legger derfor opp til at det i løpet av året skal komme en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Allerede nå bebuder regjeringen at:

*Regjeringen vil utrede hvordan deler av ansvaret for rehabilitering kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som del av det videre arbeidet med kommunereformen.*

Man legger til grunn at kommuner med mer enn 15000-20000 innbyggere kan overta mer av oppgavene innenfor rehabiliteringsfeltet. Alle de tre involverte kommunene er større enn dette og vil derfor omfattes av disse planene. Vi legger derfor til grunn at et prosjekt som tar sikte både på å avklare gode

samarbeidsformer og å forberede kommunene på et større ansvar vil være klart fremtidsrettet og i tråd med statlige myndigheters prioriteringer.



# Kunnskapsstatus

## Rehabilitering

Myndighetene har 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.*

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.’*

På bakgrunn av forskriften har Helsedirektoratet publisert «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator». Der understrekes det at denne forskriften skal sikre at tjenestene ytes ut fra:

1. Pasient – og brukerperspektiv
2. I eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø.
3. Samordnet, tverrfaglig og planmessig.
4. I en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.

(Helsedirektoratet, 2015:10)

Dette inne bærer at det er en rekke forventninger til hvordan en rehabiliteringsprosess skal gjennomføres.

For det første understreker forskriften det generelle kravet til pasient- og brukervedvirkning. Vi kommer nærmere tilbake med en utdyping av hva vi legger i pasient- og brukervedvirkning, men vil allerede nå peke på at det for oss innebærer at pasienten har en reell mulighet til å påvirke de beslutninger som tas (Hansen & Ramsdal, 2015).

I tillegg skal det legges vekt på at tilbudet skal ytes på det lavest mulige effektive nivået. I praksis er derfor de føringer regjeringen har lagt om at rehabilitering i størst mulig grad skal foregå i kommunene, en naturlig utdyping av denne forskriften (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019).

Et annen sentral føring som ligger i forskriften er at tjenesten skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig. Skal man få til en tverrfaglig samordning, er det nødvendig å skape møteplasser mellom de som skal yte

tjenestene (Hudson, 2004). Kravet om planmessighet innebærer i tillegg at pasientforløpet må få en klar retning tidligst mulig.

Tilslutt er det viktig å legge merke til at habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens egen innsats. Det er altså ikke helsevesenets oppgave å gjøre en pasient frisk og/eller å bedre pasientens funksjonsevne. Helsevesenet skal bistå pasienten i vedkommendes arbeid for å bli frisk og/eller bedre sin funksjonsevne. Rehabilitering er derfor en prosess som skal styres av pasienten (Normann et al, 2008).

## **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).

## ***Rammebetingelser***

Samarbeid foregår innenfor bestemte rammer. En måte er å dele disse rammene inn i tre nivåer: Makro, meso og mikronivå (San-Martin Rodriguez et al., 2005; Valentijn et al., 2013). Makronivået handler om hvordan vi har organisert samfunnet: lover, utdanningssystem, organisering av

helsesektoren etc. Mesonivået handler om organisatoriske rammer som hvordan vi organiserer tjenester og samarbeidet mellom dem, inkludert informasjons- og samarbeidsrutiner. Mikronivået handler om forholdet mellom de personene som skal samarbeide. I noen tilfeller omtales det som samarbeidskompetanse.

På makronivået er samhandlingsreformen en slik rammebetingelse. Den har forsterket utviklingen med stadig kortere liggetid på sykehus (Lilljan et al. 2014). Det medfører at det kreves at også kommunene utøver høykompetente tjenester. Vi ser i den forbindelse at utdanningsnivå og kompetanse for øvrig er økende i kommunene (Helgesen et al. 2005). I noen sammenhenger finner vi derfor utbyttbar kompetanse mellom kommuner og spesialisttjenestene (Hansen & Ramsdal, 2014). Dette medfører at spesialisttjenestenes rolle som faglig rettleder for kommunene ikke blir like sentral og at kommunene opplever det som noe provoserende dersom spesialisttjenestene prøver å instruere kommunene om hvordan de skal yte tjenestene (Hansen et al. 2016).

Hvordan tjenestene er organisert er også en viktig rammebetingelse. I Østfold har ikke sykehuset egen rehabiliteringsavdeling, mens flere av kommunene har det. Sykehuset Østfold har likevel innenfor Helse Øst HF, tett samarbeid med Sunnås Sykehus. I tillegg er det også en rekke private aktører innenfor dette feltet. Vi kan derfor se for oss at det kan oppstå uklarheter i forhold til hvem som skal være samarbeidsparter i et helhetlig rehabiliteringsforløp.



Til tross for at forskjellene mellom spesialisttjenestene og kommunene er blitt mindre, så er det klart at det er viktige kulturforskjeller mellom spesialisttjenestene og kommunene. Gloubermann og Mintzberg (2001) beskriver disse to kulturene som care og cure. En noe upresis oversettelse er behandling og omsorg. Slik vi bruker begrepet rehabilitering så inkluderer dette både elementer av behandling og omsorg. I utgangspunktet er behandling og omsorg komplementære begreper, men vi ser at det i en del sammenhenger er vanskelig å få alle aktørene til å innse dette (Gloubermann & Mintzberg, 2001). Det er derfor en utfordring å få representanter for cure og care til å kommunisere på en god måte om hvordan man skal lage et godt helhetlig tilbud (Røsstad et al. 2013).

En stadig tilbakevendende utfordring når det er snakk om rammebetingelser på mesonivå er informasjonssystemer – særlig bruk av elektroniske informasjonssystemer og overføring av opplysninger fra en sektor til en annen (von Düring, 2014). Til tross for at det har vært stor oppmerksomhet om dette temaet i mange år, ser det ut som om det fortsatt ikke er etablert rutiner som ivaretar både avsender og mottakers behov for informasjon.

På mikronivå sies det ofte at å lykkes med samhandling forutsettes å ha god kunnskap om de andres organisasjoner, å respektere andres bakgrunn og roller, å sette felles mål for samhandlingen/samarbeidet, å avklare roller, forventninger og praktiske oppgaver, ha et klart mandat fra sin ledelse og at samarbeidet må bety noe for alle deltakerne (Helsedirektoratet , 2011 s. 23).

Godt samarbeid forutsetter relasjonskompetanse, som handler om hvordan mennesker omgås hverandre, og komplementær kompetanse som kan beskrives som evnen til å nyttiggjøre seg ulike innfallsvinkler til løsning av de oppgavene et team står overfor (Bjørke, 2012). Relasjonskompetansen beskrives gjennom variabler som evne til å interessere seg for å bli kjent med andre, tillit som en grunnleggende faktor, dialog mellom mennesker, nettverksbygging, kreativitet, konflikthåndtering, empati og emosjonell intelligens, humor og evne til å gjøre andre gode (ibid).

Samarbeid kan utføres som teamarbeid. Det forutsetter teamdeltakere med ulike kompetanser, slik at de sammen kan utgjøre et hele for å løse en oppgave. Det er denne komplementariteten, det at yrkesgrupper utfyller hverandre, som kjennetegner samhandlingssituasjoner og som derfor nødvendiggjør at yrkesgrupper med ulik kompetanse bringer inn sine spesialkompetanser i et team (WHO, 2010).

### ***Samarbeidsmodeller***

Samarbeid kan organiseres på en rekke måter. Det er likevel vanlig å ta utgangspunkt i to grunnmodeller: prosessmodeller eller nettverksmodeller (Fineide & Ramsdal, 2014). En vanlig prosessmodell er behandlingslinjer der man både gjennomfører et behandlingsforløp og kobler det med en rehabiliteringsprosess med deltakelse fra spesialisttjenestene og kommunene. Slike behandlingslinjer organiseres ved at pasientene skal behandles i tråd med en fastsatt progresjon der man på forhånd har laget en standardisert fremdriftsplan for hvordan behandlingen skal gjennomføres og hvem som skal gjøre hva. Underveis må det i en del av disse

behandlingslinjene gjøres valg mellom ulike alternative forløp. Slike behandlingslinjer vil i mange tilfeller inkludere både spesialisttjenester og kommunale tilbud. I slike tilfeller skal, i teorien, overgangen mellom tjenestene reguleres med faste avtaler for hvordan informasjonen skal foregå mellom de ulike nivåene. Dette er en modell som krever at det er en viss innsikt i årsak og virkning, slik at man på forhånd kan ha en klar formening om hvilke tiltak som vil virke og hvordan sykdomsforløpet vil utvikle seg etter hvert som ulike tiltak iverksettes.

Nettverksmodeller er et alternativ som innebærer at spesialisttjenesten og primærhelsetjenesten jobber sammen om å utvikle og å tilby tjenester. I en del tilfeller vil da pasienten motta tjenester fra flere aktører samtidig. En måte å organisere slike nettverk ved, er å benytte seg av ansvarsgrupper som samarbeider om å yte et helhetlig tjenestetilbud – både behandling og rehabilitering (Normann et al., 2008). Vi ser også at det i noen tilfeller har blitt utviklet faste tverrfaglige team med representanter både fra spesialisttjenester og kommuner. Nettverksmodeller er tilpasset situasjoner der man har uklar innsikt i årsak og virkning, slik at man er nokså usikre på hvordan de ulike tiltakene som iverksettes påvirker sykdomsforløpet (Ferlie et al, 2011).

### ***Samarbeidsformer***

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) der informasjonsutveksling og koordinatorfunksjon som begge deler brukes i

dag, er de enkleste formene for samarbeid. Bruk av felles møteplasser og tverrfaglige team er eventuelle løsninger som anses som mer avanserte samarbeidsformer.

Det er ofte slik at de enkleste formene for samarbeid er de billigste, men 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. Delvis er dette en konsekvens av at informasjon fra sykehuset får preg av å være rene bestillinger og at kommunene opplever at slike bestillinger ikke er tilstrekkelig forankret i kommunens muligheter og kompetanse (Hansen et al., 2016). Det synes heller ikke å være god nok aksept for at informasjonsutveksling handler om gjensidig kommunikasjon og ikke ensidig om overføring av informasjon fra avsender til mottaker. I et helhetlig forløp skal man inkludere både cure og care, og det er flere ulike yrkesgrupper inne i et slikt forløp. Det finnes i dag en rekke eksempler på at de ulike aktørene ikke har en entydig begrepsbruk mellom avsender og mottaker (se for eksempel Røsstad et al., 2013; Follevåg, 2014).

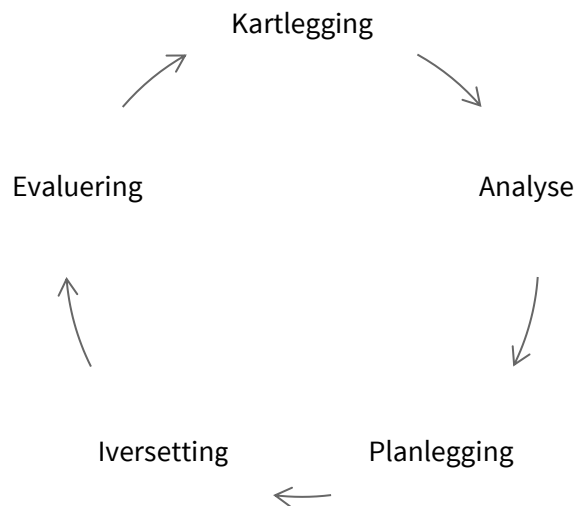
En del av de som kommer inn i et rehabiliteringsforløp har krav på en individuell plan. I den forbindelse opprettes det i mange tilfeller en ansvarsgruppe. En ansvarsgruppe kan fungere som et samarbeidsteam (Hansen, 2007) og på den måten være en mer avansert samarbeidsform enn informasjonsutveksling. Særlig i tilfeller der det er uenighet om hvilke tiltak som bør tilbys og uklart hvordan disse vil fungere, anbefales det at de ulike

aktørene samles for å diskutere hvordan man best kan hjelpe pasienten (Ferlie et al., 2011).

En individuell plan skal ikke utarbeides uten etter pasientens samtykke. For mange av pasienter tar det noe tid før de innser at de har behov for en slik plan. I tillegg tar det gjerne en viss tid å få etablert en ansvarsgruppe og utarbeidet en individuell plan etter at pasienten har samtykket til dette. Det kan derfor være vanskelig å få forankret et samarbeid i et team/ansvarsgruppe fra første stund. Det er likevel slik at dersom en pasient har rett på en individuell plan, så skal de selv om de ikke ønsker en slik plan få oppnevnt en koordinator (Helsedirektoratet, 2015). En slik koordinator kan oppnevnes både i sykehus og i kommunen. Hvis det oppnevnes en koordinator i kommunen allerede mens pasienten er innlagt i sykehus, så kan denne koordinatoren ta kontakt med pasienten mens vedkommende fortsatt er innlagt. Dette er en løsning som kan fungere som en bro mellom sykehus og kommunene hvis den fungerer etter intensjonene (Gloubermann & Mintzberg, 2001).

### ***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, 2011). 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.

## Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et uttalt mål, men mangler ofte en klar definisjon.

Allerede Arnstein (1969) beskrev brukermedvirkning delt inn i åtte stigrinn.

Hennes modell er siden blitt kritisert for å fokusere ensidig på resultatene av

brukernes medvirkning og i for liten grad ta hensyn til prosesser (se for

eksempel Tritter & McCallum, 2005). Hansen har laget en tilsvarende skala

der det blant annet legges vekt på hvordan brukerne deltar i

beslutningsprosessene (Hansen, 2007). Denne skalaen går fra liten grad av

brukermedvirkning (brukerperspektiv) til stor grad av brukermedvirkning

(brukerstyring).

De ulike trinnene i denne skalaen kan kort beskrives slik:

- Brukerperspektiv – tjenestemottakernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet uten at brukerne deltar aktivt i selve beslutningsprosessen.
- Brukerdeltakelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- Brukerinnflytelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- Brukerstyring – tjenestemottakerne deltar i beslutningsprosessen og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas.



Felles for skalaene til både Arnstein og Hansen er at begge forfatterne legger til grunn at deler av det som kalles brukervedvirkning, ikke er reell brukervedvirkning. Flere forfattere understreker at brukervedvirkning 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. På skalaen til Hansen (2007) blir derfor reell brukervedvirkning noe man oppnår først når det foreligger brukerinnflytelse.

Som vi har pekt på foran så handler rehabilitering i stor grad om å gi pasienten 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. Målsettingen må derfor være at man får til en prosess der viktige avgjørelser tas i et samspill mellom pasient og de ulike tjenesteyterne, slik at vi får delt beslutningstaking (Storm & Edvards, 2013)

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 brukerinnflytelse 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, 2007). Beslutningsprosesser styres også av hvor klare målene er, at man kjenner aktuelle løsningsalternativer, og at man ser konsekvensene av de løsningsalternativene som foreligger (Hatch, 2001). Vi legger derfor til grunn at dersom man skal oppnå brukerinnflytelse 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.

## **Pårørendes deltakelse**

En særskilt brukergruppe er de pårørende. Forskning knyttet til pårørende er i ofte i forhold til hvilke helseutfordringer eller diagnoser til pasient/bruker som man er pårørende til. Det er ofte diagnoser som slag, demens, psykiske lidelser, rusproblemer, kreft, etc. Når noen blir syk påvirker det hverdagslivet til de som lever nært på vedkommende (Gough et al., 2015). Flere studier viser sammenhengen mellom nærhet i familierelasjon og opplevd belastning (Hanssen og Sommerseth 2014). Stenberg et al (2010) identifiserte over 200 utfordrende opplevelser og problemer relatert til det å være pårørende til pasient med kreft. Pårørende opplever helseproblemer som søvnproblemer, fatigue, smerte, tap av fysisk styrke, tap av appetitt og vekttap. I artikkelen konkluderer de bla med at mange pårørende opplever mange vanskelige utfordringer og økt ansvar under og etter at pasienten er under behandling og rehabilitering.

I flere artikler kommer det fram at mange pårørende opplever kontakten med helsetjenesten som meget vanskelig og som en tilleggsbelastning. Det framhever at støtte til pårørende må sees på som en del av total eller helhetlig pasientbehandling. Pårørende involvering er viktig og samarbeid mellom helsepersonell og pårørende må være planlagt og strukturert (Jonasson et al., 2010). Tydelighet, tilgjengelighet og gjensidighet er essensielt for pårørende i kontakt med helsetjenesten, på et tidlig tidspunkt.

Forskning viser at pårørende ofte er utsatt for store belastninger og har behov for informasjon, involvering og støtte. I studien gjort av Hanssen og Sommerseth (2014) kommer det fram at pårørende har behov for å være synlige og respekterte i forhold til helsepersonell. Et annet viktig punkt er at de må bli direkte involvert gjennom å motta informasjon og sett på som en samarbeidspartner.

Det viser seg at pårørendes behov i liten grad blir ivaretatt av helsetjenesten, de kan bli sett på som brysomme personer eller som motparter. Det kommer fram at pårørendestøtte er viktig for pasientens mestring av situasjonen og av egen helse. For helsepersonell oppleves det imidlertid som krevende å samarbeide med pårørende på en god måte (Saveman, 2010).

I artikkelen «Timing it Right» skrevet av Cameron og Gignac (2008) blir familiens skiftende behov for omsorg i en sykdomsperiode tatt opp. Forfatterne har identifisert 5 forskjellige faser (1 hendelse/diagnose, 2 stabilisering, 3 forberedelse fra sykehuset, 4 gjennomføring i hjemmet, 5.

tilpassing. Fasene 4 og 5 er pasienten tilbake til hjemmet i en rehabiliteringsfase, her beskrives hvilke behov pårørende har. Forfatterne argumenterer for hvor viktig det er med riktig timet intervensjon i forhold til pårørende, dette i den hensikt at pårørende ivaretas på en adekvat måte.

Målsettingen om å inkludere brukere, pårørende og frivillige delvis som premissleverandører og delvis som tjenesteytere er blant annet forankret i teoriene om samproduksjon (Askheim 2016). Samproduksjon er et begrep som både er upresist og fleksibelt (Clark, 2015). I Norge er målsettingen om økt samproduksjon knyttet til myndighetenes erkjennelse av at behovet for velferdstjenester ikke kan dekkes av det offentlige alene, samtidig som begrunnelsen også er forankret i et brukermedvirkningsperspektiv (Askheim, 2016).

## **Psykisk helse**

Vi ser i dag en utvikling der en stadig større del av befolkningen har flere enn en sykdom eller lidelse å forholde seg til (Barnett et al., 2012). Dette skaper store utfordringer for helsesektoren. For det første så innebærer dette at man i en rehabiliteringsprosess er nødt til å forholde seg til hvordan ulike diagnoser påvirker hverandre, dernest så innebærer dette at man i mange tilfeller ser at mestring ikke er mulig før man klarer å få på plass et helhetlig tjenestetilbud (Naylor et al., 2015). Det ser ut som om det er særlig utfordrende å koble oppfølging av somatiske tjenestetilbud med psykisk helsearbeid (Prince et al., 2007). Samtidig vet vi at forekomsten av depresjoner er større blant dem som har en kronisk somatisk sykdom enn

blant dem som ikke har en slik sykdom (Mossavi et al., 2007). Vi vet også at stress som følge av somatisk sykdom skaper risiko for å utvikle depresjoner, redusert livskvalitet og andre helseproblemer både blant pasienter og pårørende (Saban et al., 2010). Psykiske lidelser som depresjoner skaper også utfordringer i behandling av de somatiske lidelsene. Dette skyldes blant annet at depresjoner bidrar til at pasientene underkommuniserer både sine symptomer og at de ikke følger opp behandlingen slik tjenestene forventer (Prince et al., 2007). En rekke undersøkelser konkluderer med at depresjon etter et slagtilfelle reduserer levealderen for slagpasienter, også i forhold til andre slagpasienter (Bartoli et al., 2013).

På bakgrunn av dette mener Naylor et al. (2015) at det er et klart behov også i somatiske rehabiliteringsprosesser for å være oppmerksom på pasientenes psykiske helse. Dette krever i følge dem at helsesektoren må være opptatt av å se hele mennesket og å yte helhetlige tjenester der både somatikk og psykisk helse blir ivaretatt. I et rehabiliteringsperspektiv der man har fokus på å skape mestring er det derfor også behov for å være oppmerksom på hvordan man også skal ivareta psykisk helse.



# Metode og datasamling

I dette prosjektet ville vi finne ut om hvem som samarbeider, hvordan de samarbeider og hvordan samarbeidet er organisert (Reeves et al., 2010). En viktig del av datasamlingen er også tilbakemelding fra informantene på hvordan de opplever samarbeidet, hva de anser som bra og hva de mener at bør endres. Vi har derfor valgt et intensivt design på undersøkelsen, med en kvalitativ datasamling (Danermark et al., 2003).

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

I utgangspunktet hadde vi sett for oss at vi skulle intervju sentrale personer i de kommunale rehabiliteringsavdelingene og aktuelle samarbeidsparter i sykehuset. Det ble likevel raskt for oss at også de kommunale tildelingskontorene hadde en sentral rolle i samarbeidet. Vi valgte derfor i første omgang å intervju representanter for kommunenes rehabiliteringsavdelinger og tildelingskontorer. Vi trodde at disse intervjuene ville avdekke hvem som var aktuelle samarbeidsparter i sykehuset, men det var tydelig at det var svært mange som på ulike måter var premissleverandører for samarbeidet med kommunene om

rehabiliteringspasienter. Det ble derfor sykehuset selv om valgte ut hvem som skulle intervjues der.

Vi valgte å benytte oss av gruppeintervjuer. Gruppeintervjuer kan føre til at deltakerne føler et gruppepress om enighet og derfor begrenser seg i forhold til å fremme kontroversielle synspunkter (Johannessen et al., 2016). Fordi vår problemstilling i hovedsak var rettet mot å avdekke faktiske utfordringer i samarbeidet og å forstå disse, anså vi at fordelene ved å la deltakerne i fellesskap beskrive og under seg over utfordringene (Andvig, 2014) var større enn ulempene.

Det er gjennomført i alt syv intervjuer. Ett av intervjuene var et individuelt intervju. De andre var gruppeintervjuene og hadde fire eller fem deltakere.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass 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 sentrale aktører innen sektoren på en work-shop. De tilbakemeldingene vi fikk på denne måten fungerte både som en form for kvalitetssikring av selve undersøkelsen og som innspill til de konklusjoner og anbefalinger om videre arbeid som vi har trukket i denne rapporten.



# Datapresentasjon

## Innledning

Alle kommunene har en spesialavdeling eller spesialsenger for rehabilitering. Sykehuset har ikke egen rehabiliteringsavdeling, men det finnes fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber med tidlig rehabilitering ved flere avdelinger, blant annet geriatrisk, neurologisk og ortopedisk avdeling. I tillegg har helseforetaket avtaler med flere spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner.

En stor del av kommunikasjonen foregår i dag ved hjelp av Pleie og Omsorgsmeldinger (PLO). Dette er et helt sett av ulike meldinger/skjema tilpasset ulike situasjoner og behov. En del av skjemaene er utarbeidet lokalt som et samarbeid mellom sykehuset og kommunene. PLO-meldinger utveksles mellom sykehus og kommuner ved hjelp av Elektronisk meldingsutveksling (eLink). Systemet kan også brukes til vanlige meldinger og kommunikasjon mellom enheter i sykehuset og kommunen, og mellom enheter internt i kommunen.

Sykehuset sender melding til kommunen når en pasient blir innlagt og når behandlingen skal avsluttes gis det beskjed til kommunen. Det er normalt kommunens tildelingskontor som får henvendelser fra sykehuset. Tildelingskontoret vurderer dokumentasjonen fra sykehuset og kobler den eventuelt med andre opplysninger om pasienten som foreligger i kommunens datasystem (for eksempel omfang av kommunale tjenester før

innleggelse i sykehus). Alle de aktuelle kommunene har dessuten nå begynt å dra på besøk til utvalgte pasienter mens de fortsatt er på sykehuset for å avklare hva slags tjenestetilbud kommunen bør tilby. På bakgrunn av de data som blir tilgjengelig for tildelingskontoret ved skriftlig dokumentasjon og personlig kontakt, vedtar tildelingskontoret hvilket tiltak kommunen skal iverksette. Noen ganger tar tildelingskontoret kontakt med de ulike tjenestestedene før det gjøres et formelt vedtak.

Dette innebærer at veien frem til et rehabiliteringstilbud på en rehabiliteringsavdeling er todelt. Først sender sykehuset en melding til tildelingskontoret som tar stilling til hvilket tilbud kommunen skal yte. Dernest sender tildelingskontoret melding videre til rehabiliteringsavdelingen som skal vurdere hvilket innhold rehabiliteringen skal ha.

## **Rehabilitering**

De kommunale rehabiliteringsavdelingene er på Helsehusene. Personalet består av sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Disse ansatte forstår rehabilitering i tråd med den beskrivelsen som er presentert foran i forskriften. Det innebærer for det første at de jobber tverrfaglig. En av de ansatte beskriver det slik:

*Når vi sier rehabilitering så mener vi intensivt tverrfaglig rehabilitering.*

Videre blir det også understreket at rehabilitering i rehabiliteringsavdelingene er tidsavgrensede prosesser som har klare målsettinger. Det betyr at pasienten trener målrettet, som innebærer at det skal være målsettinger som pasienten selv har satt seg.

*De skal jo være med på å formulere sine egne mål.*

Pasientdeltakelse blir da sikret ved at pasienten skal være med på et tverrfaglig møte hvor målene blir definert. Dette følges så opp med tilbakemeldinger underveis.

*Vi snakker jo med pasienten i forhold til hvor langt vi synes dem har kommet i prosessen for eksempel og de får også gi tilbakemelding på dette.*

Det blir eventuelt satt nye mål og bestemt hva treningen skal gå ut på etter dette.

Personalet jobber med pasienten som har et funksjonstap og de skal sammen «*oppnå et funksjonsløft*». Det betyr individuell trening med fysio-/ergoterapeut/sykepleier hver dag. Trening skal være i mest mulig naturlige situasjoner, som vil si dagliglivets aktiviteter, døgnet igjennom. Her beskrives en slagpasient som eksempel på dette:

*Vi har en slagpasient med halvsidig lammelse, som har fått hjelp med trening og ADL og hjelp til å stille litt mer, ikke sant....bruke eventuelt den*

*affiserte armen og komme seg litt igjen. Og har da hjelp av alle gruppene som er inne. Også logoped.*

Tradisjonelt er det hjerneslagpasienter og annen nevrologi/hodeskader, ulykker og ortopediske operasjoner som er typiske pasienter. I dag i større grad imot komplekse grupper med mange diagnoser og som trenger en tverrfaglig tilnærming. Et eksempel på det er cancerpasienter. Deres rehabiliteringsbehov beskrives slik:

*De trenger å komme seg tilbake til livet igjen, det handler om å trene seg opp, fysisk og psykisk, alt fra ernæringsstatus til bygge seg opp og komme til krefter igjen.*

Bakgrunnen for nye grupper er en litt annen innfallsvinkel til rehabilitering enn tidligere. Rehabilitering tar i mindre grad utgangspunkt i en medisinsk diagnose. Det blir sett mer på funksjonsmål for å fungere med dagliglivets aktiviteter. Et av tildelingskontorene forklarer at de ser på «funksjonsfallet» og hva pasienten skal tilbake til. Koordinatorne bruker en fysioterapeut fra tildelingskontoret til å hjelpe med denne vurderingen. Fysioterapeuten er i dialog med pasientkoordinatorne og sykehuset. Erfaringen er også at det blir ekstra bra vurderinger om denne fysioterapeuten også samarbeider med rehabiliteringsavdelingen Dette har bidratt til å plassere pasientene hensiktsmessig.

Det er rehabiliteringsavdelinger som mener at det er pasienter som sendes til Sunnås som de kunne rehabiliterer i kommunen. Erfaringen viser at det i noen

tilfeller er tydelig at det ikke oppleves som et problem når pasienter kommer direkte til kommunen:

*Sykehuset kan søke noen inn til Sunnås, og så er det ikke plass, eller de tar ikke inn. Så har de kommet inn her først, og så får vi beskjed at nå er plassen ledig på Sunnås. Da hender at vedkommende sier at jeg vil være i kommunen fordi det har gått så bra hittil jeg vil være nærmere hjemmet*

De ansatte i de kommunale rehabiliteringsavdelingene mener det er bedre for pasientene hvis de kan slippe flyttinger med hva det innebærer.

Det har på den annen side kommet pasienter fra Sunnås som har vært en utfordring for kommunene. Kommunene har ikke alltid utstyr og kompetanse til å fortsette rehabiliteringen.

Samarbeidet om hvordan man skal yte tjenester innad på rehabiliteringsavdelingen beskrives på følgende måte i en av kommunene:

*Fagteamene møtes jo fortløpende. Det er ikke noe bestemt at du møter så og så mange ganger, men de må jo fort på banen og samles for å lage en type tiltaksplan, og det kan jo være allerede første dag at han må opp å gå..hva skal vi jobbe med her. Det er jo pasientforløpet som bestemmer hvor hyppig behovet er for at fagteamet samles*

*Pasienten blir kjent med fagteamet, og vi starter kartlegginga, som vi setter til ca en ukes tid, hvor alle faggruppene går inn og kartlegger*

*pasienten, og vi lager en type statusrapport hos oss. Et felles dokument som er åpen for alle og vi skriver alt fra bolig til funksjon til sykehistorie. Og denne statusrapporten legger grunnlaget for å lage tiltak for pasienten (mål og tiltak) som pasienten skal være delaktig i.*

Dette arbeidet fører altså frem til en plan – det de kaller en tiltaksplan - for hvilket tilbud som skal ytes. Rehabiliteringsavdelingene legger også vekt på at rehabiliteringsoppholdet skal være tidsavgrenset og så kort som mulig.

*Så vi har en plan for pasienten fram i tid om vi ikke nødvendigvis har datoen så vet vi sånn omtrent.*

Begrunnelsen for dette er delvis forankret i hensynet til pasienten selv. En av de ansatte forklarte det på følgende måte.

*Vi vil jo ikke at de skal bli en institusjonspasient, rehabilitering er tidsavgrenset opphold med kortsiktige mål - dette for at de ikke skal bli for lenge på institusjon.*

Likevel er rehabiliteringsavdelingene lite opptatt av individuelle planer. En av de ansatte ga tilsynelatende uttrykk for det mange opplever med følgende utsagn:

*Det er faktisk sjelden at jeg ser den helt store nytten fordi man ofte setter seg ned og starter en IP og så blir den aldri evaluert. Jeg vet ikke hvor mange planer jeg har vært med å starte hvor det går år hvor den ikke har*



*noe innvirkning i det forløpet den er i. Det er mye tid i møter – skriver det ned – legges i en mappe.*

En av kommunene viser til at rehabiliteringsavdelingen også tar imot pasienter hjemmefra til rehabilitering. Det er pasienter som har begynt å «skranke litt». Disse får et intensivt treningsopphold i 14 dager. På helsehuset er det også mulig å være dagpasienter og fortsette å jobbe mot konkrete mål og være hjemmeboende. Her er vedlikehold hensikten, å bevare funksjonen. Dette ser også andre rehabiliteringsavdelinger er bra for pasientene, og de ønsker seg mer dagplasser og å få i gang ambulerende rehabilitering.

Rehabiliteringsavdelingene forventer å få tildelt pasienter som kan motiveres for trening og hvor flere faggrupper må inn for tilrettelegging. Dette fungerer ikke alltid etter intensjonene

Noen ganger blir det gitt rehabiliteringstilbud til pasienter som venter på langtidsplass, til sykehjemspasienter og til opptreningspasienter. Personalet opplever at de i slike sammenhenger ikke får pasienter som trenger en tverrfaglig tilnærming og savner denne pasientgruppen. Når rehabiliteringsplassene blir brukt til andre pasientgrupper enn rehabiliteringspasienter medfører det usikkerhet om hvordan pasientkoordinatorene vurderer. De spør seg om koordinator kjenner til hvilke pasientgrupper som kan ha mest utbytte av ressursene de har på rehabiliteringsavdelingen.

*Jeg føler vel at vi ofte får disse opptreningspasientene og ikke de rene rehabiliteringspasientene. Jeg tror vel ikke heller at pasientkoordinatoren alltid vet forskjellen på dette.*

På sykehuset er man heller ikke like klar på hva som legges i rehabiliteringsbegrepet. En av de ansatte beskrev rehabilitering slik:

*Det er pasienter som trenger opptrening etter operasjoner hos oss. Så blir de mobilisert opp og så trener vi med de og - ser funksjonsnivået deres og trener ut fra det.*

Selv om vi registrerer at begreper som trening og rehabiliterings brukes om hverandre, så viser denne uttalelsen noe som går igjen flere ganger i intervjuet, at ansatte på sykehuset legger stor vekt på funksjonsnivå, og i mindre grad er opptatt av mestring og deltakelse.

Ved vurdering av hvem som skal vises videre til de spesialiserte rehabiliteringsinstitusjonene som helseforetaket disponerer, er det en rekke faktoren som tas med i vurderingen. I bunn ligger det en vurdering av funksjonsnivå og rehabiliteringspotensial, men også prioritering av plasser og pasientens alder er faktorer som det blir lagt vekt på.

Hva slags tjenester sykehuset etterspør for pasienten i kommunen, synes ikke å være helt entydig:

*Jeg tror det er en del forvirring rundt det med rehabiliterings begrepet rundt omkring på sykehuset, kanskje sånne spesialavdelinger som nevrologen og ortopedene har det ganske klart for seg, men ellers så ser jeg jo at når vi skriver ut pasienten så skriver vi i hytt og gevær – trenger rehabilitering eller trenger korttidsopphold – det smøres sammen – man bruker ikke rehabilitering for det det egentlig er da – bruker bare det for å komme seg hjem fra sykehuset og få litt oppfølging.*

Trolig er en del av dette problemet at kommunene har ulike tilbud og at mange av dem som jobber på sykehuset ikke har oversikt over hvilke tilbud som finnes hvor. Dette bekrefter en av de ansatte i følgende uttalelse:

*Jeg tror generelt at vi er altfor dårlig kjent i kommunene. Vi surrer med begreper; helsehus, rehabilitering, korttidsopphold, tilsyn. Vi vet ikke. Det er jo litt forskjellig i hver kommune også så det er ikke så lett å hold styr på det, men jeg tror vi ikke er kjent nok med hva kommunene har av forskjellige tilbud.*

## **Samarbeid**

Utgangspunktet er at sykehuset først gir melding om at pasienten er kommet inn på sykehuset, siden gir de melding om utskriving og hva slags behov pasienten har for oppfølging. En av de ansatte på et av de kommunale tildelingskontorene forklarte:

*Sykehuset skal melde når pasienten er innlagt på sykehuset da, så skal de sende melding til kommunen innen 24 timer, etter innleggelse.....Vi skal ha melding om innlagt pasient først, og så skal vi ha helseopplysninger om hvorfor han er innlagt og hva som er helsetilstand og man tenker videre, og så skal vi etter hvert få en melding om utskrivningsklar pasient. Helseopplysninger kanskje forespeiler litt åssen type hjelp dem trenger videre, og så skal det komme meldinger etter hvert, kanskje kommer flere helseopplysninger, og så skal det komme da pasienten meldes som utskrivningsklar, og så skal jo vi svare på det, å kunne ta imot den pasienten innen 24 timer samme døgn. Hvis ikke så får vi jo bøter for det.*

Det er tydelig at kommunene ikke alltid er like fornøyde med den informasjonen de får. Her er noen eksempler:

*Det varier veldig mye i forhold til hvor mye informasjon vi få fra sykehuset, så ofte så må jo vi etterspørre mere.*

*Noen ganger får vi melding om at pasienten er innlagt og så utskrivningsklar før vi får helseopplysningene, da er jobben vanskeligere.*

En annen ansatt klargjør hvorfor opplysningene fra sykehuset ikke er gode nok:

*Ofte er det jo mangelfulle sånn funksjonsnivå beskrivelser eller, for det er jo vi opptatt av, hva kan pasienten klare, og hvor er svikten og sånn. Det er ofte mangelfullt på det.*

Heller ikke sykehusansatte er imponert over hvordan de ansatte i kommunene forholder seg til den skriftlige informasjonen de får:

*Ja, vi får mye spørsmål hvordan funksjonsnivået er til pasienten, men da ofte så har vi sendt helseopplysninger kanskje en dag eller to før hvor akkurat det de spør om står. Det virker enkelte ganger som de ikke har lest opplysningene – det er frustrerende.*

Et alternativ er å innhente opplysninger via telefon, men det er heller ikke uproblematisk:

*Vi skal jo egentlig ikke bruke telefonen lenger og bruker vi telefonen skal vi helst sende de en PLO melding etterpå. Kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunene skal dokumenteres.*

God skriftlig dokumentasjon tar tid å skrive ut. Man har derfor laget et skjema der opplysninger kan gis gjennom å krysse av på et skjema. Dessverre er man heller ikke ubetinget fornøyd med dette:

*Jeg mener at det systemet vi bruker der er altfor dårlig – det er sånne middels god, god - det er et tallsystem hvor du gir poeng - vi må bruke mye mer fritekst hvis vi skal kunne formidle det riktig. Der samme er det*

*jo med den kommunen gi til oss også den er nå helt ubrukelig noen ganger, det er veldig vanskelig å få noen inntrykk av pasienten. Jeg tror at man kan ha skår systemet, men man må også ha fritekst i tillegg og bli flinkere til det.*

I tillegg klages det over at enkelte ansatte på sykehuset lover tjenester på vegne av kommunen. Her er to utsagn som illustrerer hvilke utfordringer det skaper for kommunen:

*Ja at dem bestiller korttidsopphold og informerer pasienten, det er jo det som er problemet. De kan jo godt si til meg at vurdering fra dem er at de bør ha et heldagstilbud, det er helt greit, men de har allerede sagt dette til pasienten og da klarer vi ikke stoppe det, overlegen vet best, uansett hvordan vi vrir og vender på det er da løpet kjørt for mange.*

Det er likevel ikke slik at ansatte på sykehuset lover kommunale tjenester for å gjøre situasjonen vanskelig for kommunene.

*Mange pasienter føler veldig utrygghet hvis de skal hjem. ..og hvis de ikke får plass må de hjem fordi de er ferdigbehandlet hos oss og det er veldig utrygt. Noen ganger må vi si at det må ligge her til de får plass for de er for dårlig til å dra hjem. Vi synes ikke det blir riktig og selv om vi trygger de med at de får hjelpemidler - du får hjemmesykepleier mange dager om dagen om natten også - så hjelper det ikke noe og pårørende presser ofte veldig på – det føler vi veldig også.*

Vi oppfatter det som både pasienter og pårørende er utrygge for hva som vil skje etter at sykehusoppholdet er avsluttet. Det er da ikke overraskende at ansatte på sykehuset prøver å berolige dem med alle de tjenestene de kan regne med at kommunen vil yte.

Likevel er det mange som mener at det er tydelige tegn på at kommunikasjonen mellom sykehuset og tildelingskontoret er i ferd med å bedre seg. Informasjonen kommer oftere enn før til riktig tid:

*Når ELinkene kommer i riktig rekkefølge så er det greit.*

I tillegg er det flere som ser at de standardiserte opplysningsskjemaene som er tatt i bruk fører til forbedringer:

*Det er jo sånne standardskjemaer. Skjemaet er ganske greit, bare de hadde brukt det liksom, brukt det slik det skulle brukes da. Det er ikke alltid dem skriver om funksjonsnivået for eksempel. ....Det har jo blitt bedre den siste tiden.*

Etter hvert tas det i bruk stadig nye kommunikasjonskanaler.

*Vi sender gjerne med epikrise, men noen ganger får vi telefon –som der belastningsbegrensning ikke kommer tydelig frem. De lurte på rundt det, men vi har jo nettopp nå begynt for to uker siden - å sende fysioterapi-epikriser elektronisk.*

Likevel er det fortsatt utfordringer. En del av disse utfordringene prøver man å løse ved å be om utfyllende opplysninger, men heller ikke det er alltid like enkelt:

*Ja, vi kan spørre konkrete spørsmål og får ikke svar på det. Eks. Legen sier at.. pasienten må ha korttidsopphold, men ikke hvorfor, da må vi etterspørre på nytt da om vi kan få svar på de tidligere spørsmål, også går jo tiden da..*

En annen kommer med følgende uttalelse:

*Det er noen ganger du gjerne skulle ha likt at dem visste hvorfor vi spør. Det er noen ganger vi får noen svar der jeg tenker, jammen det var ikke det jeg spurte om. Jeg føler det i alle fall når jeg leser svaret.*

Sykehuset har nå etablert en prosjektstilling med en ansatt som arbeider med utskrivningsklare pasienter. Denne personen beskriver noen av sine oppgaver slik:

*Det er jo veldig bra samarbeid mellom kommunene gjennom PLO meldinger og dette her, men det hender at det blir utfordringer. Kommunene eller avdelingene kontakter meg så tar jeg kontakt. Da prøver jeg å se det med begge øynene.*

De ansatte på sykehuset fremhever hva de opplever som en god løsning:



*Noen kommuner er veldig flinke til å komme ut og snakke med oss og se og snakke med pasienten også.*

Dette viser til den løsningen som synes å fungere best, men som også er mest ressurskrevende for kommunene. Det er når ansatte på kommunens tildelingskontor besøker pasienten på sykehuset før vedkommende blir skrevet ut. Utfordringen er at det bare er en liten del av pasientene man har kapasitet til å besøke. Det betyr at det i hovedsak er de opplysningene man allerede har fått fra sykehuset som danner grunnlag for hvilke pasienter som får besøk. En av de ansatte på et kommunalt tildelingskontor beskrev dette på denne måten:

*Jeg har valgt å gjøre det slik, at her har jeg kanskje 25 pasienter, men jeg kan ikke besøke alle 25, da må jeg velge meg ut kanskje 2 eller 3. Det tar fort en ½ time pr. pasient, 45 min, hvis man ikke bare skal se på dem i døra, skal man snakke med noen,*

Tilbakemeldingene er tydelige på at dette er en løsning som både tildelingskontorene og sykehuset finner hensiktsmessig. Bortsett fra at det er åpenbare kapasitetsproblemer med en slik ordning synes denne å fungere på en måte som ivaretar både sykehuset og tildelingskontorets behov. Det er flere grunner til at en slik besøksordning oppleves som positiv:

*Jeg tenker at det i fremtiden, og det ganske raskt, tenker jeg at en god løsning vil være å ha en kommunal type koordinator som kun er på sykehuset og besøker dem pasientene som er meldt til kommunen for å gi*

*førstehands informasjon allerede når dem er innlagt, og sette i gang den prosessen med en gang. Det har ikke vi kapasitet til å gjøre, det vil være en god investering for fremtiden. Og planlegge hjemreise da fort. Det er målet at alle skal hjem og være lengst mulig hjemme.*

*Sykehuset har en tendens til å lage noen forventninger som ikke kanskje kan oppfylles, så det å dra bort og snakke med pasienten og informere om hva vi som kommune kan gi av tjenester slik at de får førstehåndsinformasjon og god informasjon det bidrar til at samarbeidet blir mye bedre med pasienten og pårørende*

Disse utsagnene viser at slike besøk på sykehuset fra kommunalt ansatte oppfattes både som en mulighet til å få informasjon og til å gi informasjon. Dette styrker mulighetene til å følge opp pasientene etter at de er utskrevet fra sykehuset, på en best mulig måte.

Dessverre viser det seg at det ikke er nok å ha ordninger som ivaretar tildelingskontorenes behov. Det er åpenbart at utfordringene ikke er løst selv om tildelingskontoret har fått grunnlag for å utforme et vedtak om kommunale tjenestetilbud. Ansatte på rehabiliteringsavdelingen er derfor ofte ikke fornøyde med de opplysningene fra sykehuset som tildelingskontoret formidler:

*Vi får en telefon fra koordinator som har fått meldt pasient(er). Da ligger det gjerne informasjon på eLink som vi ser på i tillegg. Men jeg synes ofte informasjonen fra koordinator og eLink er veldig mangelfull i forhold til*

*at vi ikke får sett hele bildet. Plutselig så er pasienten mye dårligere enn det vi får opplyst om.*

Her er to andre uttalelser som peker på det samme:

*Det er ofte at sykehuset melder behov om rehabilitering når de skrives ut, ofte kommer det for lite informasjon fra sykehuset for å kunne ta stilling til det tilbudet vi kan levere.*

*Kartleggingen fra sykehuset er ofte så dårlig at vi må gjøre arbeidet på nytt her i avdelingen. Sykehuset kan ikke kartlegge for rehabilitering*

Det ser likevel ut som om det er mulig å sørge for både god og relevant informasjonsutveksling mellom tildelingskontor og rehabiliteringsavdeling. En av kommunene har ansatt en fysioterapeut på tildelingskontoret: Vedkommende synes å ha to sentrale funksjoner. For det første fungerte vedkommende som en faglig støtte for de andre ansatte ved tildelingskontoret. Fysioterapeuten forklarer:

*Jeg hjelper koordinator i vurderingen om hva slags tilbud pasienten skal ha.*

I tillegg sørget vedkommende for å ha god kommunikasjon med de ansatte på rehabiliteringsavdelingen. En av de ansatte på rehabiliteringsavdelingen forklarte hvordan ordningen fungerer:

*Tildelingskontoret har ansatt en fysioterapeut. Han sitter vegg i vegg med oss på rehabiliteringsavdelingen men han er på tildelingskontoret. Han kommer gjerne inn flere ganger for dagen og diskuterer utskrivningsmeldingene fra sykehuset. Vi har sånne treff på gangen og ikke noen formelle inntaksmøter egentlig.*

Rehabiliteringsavdelingen opplever at de noen ganger ikke får tilstrekkelig med opplysninger. Riktignok gjennomfører rehabiliteringsavdelingen selv en omfattende kartlegging for å finne frem til hvilke rehabiliteringstiltak pasienten vil ha nytte av. Likevel har de behov for å vite hva slags oppfølging pasienten har fått i sykehuset og gjerne sykehusansattes vurdering av hvordan pasienten har respondert på denne oppfølgingen. I tillegg så er det flere av pasientene som har behov for medisinsk oppfølging. I mange tilfeller trenger rehabiliteringsavdelingen da veiledning om hvordan denne oppfølgingen bør gis. Løsningen for de ansatte på rehabiliteringsavdelingen er da å ta direkte kontakt med den avdelingen på sykehuset der pasienten har vært:

*Vi ber om at de ringer oss fra sykehuset før pasienten kommer, og da stiller vi litt ekstra spørsmål og kan få et annet bilde av pasienten. Jeg presiserer ofte at vi skal ha med det nødvendige av papirer, medisiner og medisinark.*

Noen ganger er det behov for spesialiserte opplysninger og da kan det være hensiktsmessig at en fysioterapeut i kommunens rehabiliteringsavdeling tar kontakt med en fysioterapeut i sykehuset.

*Det kan hende at vi må hente inn noe mer informasjon, da bruker vi å ringe til våre kollegaer fysioterapeuter ved sykehuset som i ni av ti tilfeller har jobbet med pasienten. Vi synes det har fungert godt å kunne ta kontakt direkte, men det skulle egentlig ikke vært nødvendig. Fordi denne informasjonen skulle ligge der når behovet meldes.*

Det å få kontakt med rette vedkommende på sykehuset kan være en utfordring. Det kan derfor være bra å nevne at også slike utfordringer kan løses.

*Fysioterapeutene på sykehuset har fått mobiltelefoner – det gjør det enklere.*

Også kontaktpunkter som ikke er knyttet direkte til bestemte pasienter, kan være gode arenaer for å løse de utfordringene som finnes.

*Vi fysioterapeuter møtes i kommunene og sykehuset og har nettverksmøter en gang i halvåret. Der har vi tatt opp eLink og funnet ut hvordan de kan sende informasjon direkte – uten møtene er et ikke sikkert at det hadde kommet i gang.*

Det er åpenbart at stikkordet her er kommunikasjon. Den interne kommunikasjonen mellom ansatte på tildelingskontoret gir grunnlag for at den av de ansatte som samler inn datagrunnlaget, blant annet ved å besøke pasienten på sykehuset, får bedre innsikt i hvilke data

rehabiliteringsavdelingen trenger. Den tette kommunikasjonen mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen, bidrar også til at tildelingskontoret hele tiden får tilbakemeldinger på de vurderinger som er gjort der. På denne måten er det mulig å skape en kvalitetsutvikling av det arbeidet som gjøres på tildelingskontoret.

## **Brukermedvirkning**

I presentasjonen av rehabiliteringsavdelingene, pekte vi på at brukermedvirkning var en sentral del av arbeidsformen på disse avdelingene. Vi skal likevel her utdype det noe her. De ansatte legger opp til at pasientene skal jobbe med *de aktivitetene som de har som målsetting å klare selv*. De legger også opp til at pasienten selv skal formulere svar på spørsmål som:

*Hva er viktig for deg? Hva skal til for at du skal klare deg hjemme?*

For å oppnå dette så legger de vekt på at pasienten skal *fortelle sin historie* og at de skal *være med på å formulere sine egne mål*. Dette er handler ikke bare om å overlate beslutninger til pasienten. Det er også et spørsmål om å yte tjenester som kan gi ønskete resultater.

*De må være med å gjøre dette selv ellers blir det overkjøring.*

*Det er viktig det med den indre motivasjonen. Og vi skal ikke ta fra dem drømmene og håpet.*

Brukermedvirkning kan likevel være vanskelig.

*Det er naturligvis utfordringer der også. Spesielt der pasienten kan ha vansker med å uttrykke sine mål og ønsker. Det er utfordring med urealistiske håp og forventningene – utfordringen er da er realitetsorientering.*

Når pasienten ikke selv kan uttrykke sine mål og ønsker, kan det være hjelp å få fra de pårørende.

*Kanskje de må ha litt bistand fra pårørende. Men som sagt så er vi ute etter å vite hva den pasienten ønsker for oppholdet. Hva er målet for perioden? Det er jo ikke noe vits i at det er vi som setter målene. Det er ikke vi som skal trenes opp. Det skal de gjøre selv.*

Våre data tyder på at utformingen av innholdet i rehabiliteringstilbudet på rehabiliteringsavdelingene foregår i tett samarbeid med pasientene.

Brukermedvirkning handler ikke bare om innholdet i tjenestene. Det foregår en rekke beslutninger før pasientene kommer frem til den kommunale rehabiliteringsavdelingen. Det skaper flere utfordringer. For det første så har noen pasienter gjennom den informasjonen de har fått på sykehuset fått urealistiske forventninger til hva kommunen kan tilby:

*Ja, pasient og pårørende sier, ja men legen sa det og legen sa at de skulle få hjemmesykepleie, også er ikke det blitt meldt så... Det er nå det som*

*blir sagt på sykehuset, det blir sagt veldig høyt på pasient og pårørende, også har ikke vi så mye vi skulle ha sagt da, men vi må ta våre vurderinger. Og våre vurderinger er også litt i forhold til hvilke plasser vi har ledige.*

I kommunen stiller de seg også spørsmål ved hvordan pasientene blir informert og får delta i beslutningsprosessen:

*Noen ganger spør jo vi tilbake om pasienten er informert om at dem har sendt beskjed og om hva som er pasientens ønske. For det kan hende at vi vet at denne pasienten her egentlig alltid har ønsket å komme rett hjem, så hvorfor nå ønsker den å få korttidsopphold?*

Når informasjonen skal foregå skriftlig, så er det ikke alltid man får frem pasientens usikkerhet.

*Det kan hende at noen ganger så kommer man å hilser på pasienten, og den personen vil ikke på rehabiliteringsavdeling eller vil ikke på korttidsopphold, vil gjerne på Helsehuset. Det er så mange ting som man ikke får informasjon om, igjennom det elektroniske systemet.*

Noen ganger så er det tydelig at pasienten ikke har hatt særlig innflytelse på den informasjon som sykehuset har videreformidlet.

*Egentlig så skal jo pasienten godkjenne at det sendes melding til kommunen, med opplysninger om forespeilet hjelpebehov. Men det skjer jo at dem ikke vet om da, at sykehuset har meldt til kommunen.*



*Når vi kommer og hilser på dem fra kommunen, så kan det være at de spør hvordan vet du at jeg er her? Det har vi jo møtt. Det er jo ikke så veldig vanlig, men av og til.*

I slike tilfeller viser det seg at løsningen med å la en koordinator besøke pasienten på sykehuset før vedkommende blir utskrevet, gir muligheter til å styrke brukermedvirkningen.

*Jeg sier ikke det er feil det de skriver, men man får et annet inntrykk, en annen følelse når man treffer pasienten. Så det er noen ganger det er veldig nyttig for oss å snakke med pasienten direkte.*

*Ja for jeg tenker, hva er det som gjør at du har behov, du føler eller du vil det, de, gå å snakke med. Fordi den informasjon man får skriftlig er ikke det samme som man treffer pasienten selv, det stemmer ikke alltid.*

## **Psykisk helse**

En del av de pasientene som har behov for et rehabiliteringsopplegg på de kommunale rehabiliteringsavdelingene, har vært gjennom nokså traumatiske opplevelser før de kommer dit. Det gjør at det blir en utfordring å finne gode målsettinger å jobbe mot.

*De kan være i en sjokkfase fordi de ikke har et bein eller arm fungere. Men kan sette de små målsettinger som å sitte oppe en time, spis middag selv.*

*Det er personlighetsavhengig. Det er en del som er i sorg og krise og klarer ikke å sette de kortsiktige målene og klarer heller ikke å glede seg over de kortsiktige målene man blir ening om. Det kan også hende at de heller ikke får støtte fra pårørende fordi de er også i en krise med sorg og tap over forhold hos foreldre, ektefeller eller barn.*

Konsekvensene av at pasienter vansker med sin psykiske helse, kan også få direkte innvirkning på bedringsprosessen. En av de ansatte på en kommunal rehabiliteringsavdeling sa det slik:

*Det har stor innvirkning det. Spiser du ikke og drikker du ikke av angst så spiser du ikke og sover du ikke, det blir en evig runddans det. Du blir ikke friskere i hvert fall.*

Likevel er det problematisk å få til en god oppfølging av pasientenes psykiske helse mens de er på den kommunale rehabiliteringsavdelingen.

*Her har vi en stor mangel – vi har prøvd å koble på psykiatrisk sykepleier. Det er vanskelig å få tak i dem. Det er vanskelig å trekke tjeneste derfra med en hastighet vi ønsker.*

*Kommunen har et psykiatrisk team, men det er vanskelig å få de inn i somatikken. Når de kommer er det kun hver 14. dag, men ønsket er at de kunne komme mye oftere enn det.*

Det er stor enighet at det å ivareta psykisk helse gjennom å redusere usikkerhet og angst på et tidlig tidspunkt er viktig. Igjen synes det å være stor enighet om at det at kommunen møter pasienten allerede mens vedkommende er på sykehuset er en måte å avhjelpe en del av de utfordringene som kan oppstå:

*Ja. Noen har vi og gjort sånn, på grunn av at de er blitt utrygge fordi de er blitt lovet at det skal bli så bra at du skal få hjelp og at det er tryggest for deg på sykehjem. Når vi reiser bort og snakker med pasienten, så kan vi berolige dem og forklare hvilke alternativer som foreligger.*

## **Pårørende og rehabilitering**

Flere av de som ble intervjuet ga uttrykk for at kontakten med pårørende er utfordrende. En formulerte seg slik:

*Både i spesialisthelsetjeneste, rehabiliteringstjenesten og primærhelsetjeneste synes jeg at vi gir et svakt tilbud til pårørende.*

Det blir imidlertid påpekt at pårørende er en viktig part for at rehabilitering av bruker skal lykkes, en sa det på følgende måte:

*Pårørende er ofte de viktigste for pasienten og de er utsatt for store belastninger når deres kjære er veldig syke. De er en stor ressurs.*

Kontakten med pårørende kan se ut til å skje noe tilfeldig.

*Så vi må trekke dem inn tidlig. Om ikke i målsamtalen, så litt lengre ut i prosessen. Møter, kanskje midtveismøte eller prosess, eller i alle fall i utskrivelsesmøte. Men daglig, eller mer fortløpende dialog med pårørende er kjempeviktig.*

*De har jo mulighet til å snakke med både terapeuter når de måtte komme på dagtid da. På kveldstid er det alltid noen du kan snakke med, du blir jo alltid ivaretatt og møtt, og får svar på det du spør om og om ikke svar der og da så får du svar dagen etterpå*

For at pårørende kan fungere som en ressurs er det viktig at de blir inkludert i prosessen rundt bruker/pasient. Informasjon er svært viktig, en uttrykte det slik:

*De kan være en stor ressurs. De må informeres korrekt og ordentlig og bli involvert. Men jeg synes at vi sliter på alle nivåer – ofte.*

Et annet viktig forutsetning er at pårørende må bli ivaretatt, de kan oppleve store belastninger fordi nært pårørende er blitt alvorlig syk og har et stort hjelpebehov. Her er et utsagn som illustrerer dette:

*Hodeskader som har ført til at pasienten har blitt et helt annet menneske, man har mistet den mammaen eller pappaen man har hatt – en har noen her man ikke kjenner igjen og det leder til store utfordringer.*

Det kom fram at de prøvde å ivareta pårørende, men opplevde at tilbudet var mangelfullt. Her er to uttalelser:

*Sjokkfase - mange ganger det kan være veldig nødvendig også av den grunn å trekke inn pårørende, de trenger kanskje samtale ...får vite hva er rehabilitering, hva kan jeg forvente seg, hvordan jobber vi her, her føler jeg kanskje ikke at vi har kommet i mål.*

og

*Tilbud til de som er i sorgprosess og sjokk fast som pårørende har vi ikke noe godt tilbud til – utenom å anbefale at de går til psykolog. Noe som mange har en høy terskel for å gjøre.*

Det ble uttrykt at hjelperne føler seg inkompetente til å ta seg av pårørende i stress og krise situasjon og derfor oppfordrer de til å søke hjelp andre steder som psykolog. En formulerte det slik:

*Der vi merker at pårørende sliter og ikke har det bra – kjenner jeg meg ikke kompetent til å gjennomføre de gode samtalene med pårørende som det kreves. I tilfeller skulle det være tilbud med psykolog eller noe annet.*

De vektlegger at det er viktig med et godt samarbeidet med pårørende og at kontakten opprettes tidlig. Noen ganger blir pårørende trukket inn allerede i målsettingssamtalen, eller pårørende blir rådspurt om realistiske mål for rehabiliteringen:

*Det kan være at ektefellen mener at ting har begynt å skranke litt hjemme, og vi ikke er sikker på at informasjonen vi får fra brukeren stemmer. Da må vi kanskje trekke med ektefellen for å ...slik at vi ikke sitter og arbeider etter helt feil mål.*

Det er en utfordring at pårørende mottar tilstrekkelig informasjon, både for å innhente tilstrekkelig informasjon og for at pårørende skal ha en forståelse for rehabiliteringsprosessen. En ansatt uttrykte det på denne måten:

*Vi kan nok bli enda flinkere til å gi god informasjon til pårørende enda tidligere. Om noe skjærer seg så handler det ofte om det at vi ikke har vært tidlig nok på banen...eller det dukker opp noe som vi ikke har forutsett da. Vi ser jo også viktigheten av å dra de med tidligere for at de også skal forstå måten vi jobber på her*

I rehabiliteringsperioden kan det være aktuelt å trekke de pårørende inn i den konkrete opptreningen, et eksempel er dette:

*Det er jo veldig bra noen ønsker kanskje å være med på en spesiell treningsøkt fordi hjelpe sin ektefelle ut og inn av bil for eksempel..å være med på en trening hvor vi jobber med akkurat det, hvor vi veileder.*

Det vil jo også kunne medføre at pasientene kan skrives ut til hjemmet tidligere, eller klare seg bedre hjemme.

Bruker/pasient er i mange tilfeller helt avhengig av pårørende som deltar aktivt i omsorgen av bruker/pasient. Det er derfor viktig med korttidsopphold for bruker/pasient slik at pårørende har krefter til å gjennomføre sine oppgaver. En uttrykte det slik:

*Veldig bra tiltak for at dem skal klare å være hjemme lengre. Mange er inne for sin egen del og kunne ikke bodd hjemme i det hele tatt om de ikke hadde vært inne så ofte. Og så det at pårørende håndterer å stå i det de ukene de er hjemme fordi de har det oppholdet å se frem til da.*

## **Work-shop**

Datasamlingen ble avsluttet med en work-shop. Det var invitert fire deltakere fra sykehuset og hver av kommunene. Etter en innledning der de data som var samlet inn ble presentert, ble deltakerne fordelt i fire ulike grupper med en person fra sykehuset og en fra hver av kommunene i hver gruppe. Disse gruppene fikk i oppdrag å diskutere utfordringer de møter i det daglige arbeidet. Dernest skulle de trekke frem tre tiltak som de mente kunne bidra til å løse eller i alle fall redusere noen av utfordringene. Innspillene vi fikk kan oppsummeres på følgende måte:

For det første var deltakerne opptatt av den skriftlige kommunikasjonen. Utfordringen var tilsynelatende ikke at det forelå for lite informasjon, men at den informasjonen som forelå ikke kom frem til rette vedkommende eller at man brukte data samlet inn for et formål i en sammenheng der de ikke

passet. At kommunene og sykehuset hadde felles journalsystem ville være en god løsning, men inntil videre ser ikke den ut til å være særlig realistisk.

En mer realistisk løsning som ble foreslått, var å bearbeide aktuelle PLO-meldinger på en slik måte at de bedre dekker relevante data i forhold til rehabilitering. I den forbindelse ble det også pekt på at fysioterapi-epikriser fra sykehuset burde kunne videreformidles raskt til rehabiliteringsavdelingene. Det ble pekt på at det trolig ikke er nok bare å endre skjemaene. Det vil etter deltakernes mening, også være behov for en form for opplæring eller møteplasser der de ansatte på sykehuset kunne få informasjon og en bedre forståelse for hvorfor de ulike dataene var viktige for kommunene. En slik forståelse håper man kan bidra til at den informasjonen som sykehuset sender fra seg blir bedre tilpasset den kommunen har behov for.

Begrepsbruk var også en utfordring. Det var derfor enighet om at det burde jobbes med å etablere en felles forståelse for rehabilitering. Her så man for seg at det foreligger en rekke fora der man kan klargjøre begrepet og tydeliggjøre hvilke tilbud som skal inkluderes i begrepet. Slik opplæring burde skje allerede i utdanningene og også høgskolen ble derfor utfordret i denne sammenhengen.

En utfordring er ikke bare begrepet rehabilitering, men det gjelder også hva slags tilbud de ulike kommunene har. En del kommunale hjemmesider er vanskelig tilgjengelige og inneholder lite spesialisert informasjon om relevante kommunale tilbud. Det ble derfor foreslått at det skulle utarbeides



mer spesialisert informasjon om hvilke tilbud kommunene hadde, tilgjengelig for både pasienter og ansatte ved sykehuset.

Løsningen med en pasientkoordinator som besøker aktuelle pasienter på sykehuset, blant annet for å avklare hvilke tjenestetilbud som vil passe, ble fremhevet av mange som en god løsning. Ulempen med en slik løsning er at den er ressurskrevende. Det ble derfor foreslått at man gjennomførte et FoU-prosjekt med sikte på å avklare om hvorvidt det er en økonomisk gevinst for kommune, sykehus og samfunnet for øvrig ved å få pasientene på riktig plass fra første stund. Det vil uansett være en utfordring for små kommuner å organisere en slik løsning. Det ble derfor foreslått å vurdere mulighetene for å få til slike løsninger ved bruk av interkommunalt samarbeid.

Det ble også pekt på at kommunikasjonen mellom tildelingskontor og rehabiliteringsavdelingen kan være en utfordring. Det kan derfor være behov for å styrke denne kontakten. En løsning er å ha et mer tverrfaglig personale på tildelingskontoret, en annen er å få i gang en kommunikasjon mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen allerede før det fattes et vedtak.



# Drøfting

Analysene av dataene viste at det er to prosesser som er viktige å forholde seg til dersom man skal forstå hvordan samarbeidet foregår mellom sykehuset og kommunen, fra pasienten skal utskrives til den er i gang med et rehabiliteringstilbud på en av kommunenes rehabiliteringsavdelinger. For det første er det den prosessen som foregår mellom sykehuset og tildelingskontoret og som fører til at tildelingskontoret utferdiger et vedtak om hvilke kommunale tjenester pasienten skal ha. Den andre prosessen handler de vurderingene som rehabiliteringsavdelingen må gjøre for å kunne utforme et best mulig rehabiliteringstilbud. Det er en tydelig utfordring at det behovet for informasjon som tildelingskontoret har, ikke er det samme som rehabiliteringsavdelingen har. Det ser dessuten ut som om tildelingskontoret har behov for å forholde seg til andre rammebetingelser enn det rehabiliteringsavdelingen har. Dette har potensial i seg til å skape konflikter innad i kommunen.

## Rehabilitering

Arbeidet på rehabiliteringsavdelingene er klart tverrfaglig. De ansatte arbeider i team som er satt sammen med flere ulike yrkesgrupper. I forhold til den skalaen som Anderson et al. (2011) har laget er dette et team med stor grad av samarbeid. De er ikke bare et team i navnet men driver reelt innenfor de fleste kriteriene som er skissert. De både opplever seg som et team og de jobber innenfor en organisatorisk ramme som gjør at de har felles ledelse og

felles budsjett. Det gir dem da et grunnlag for å samarbeide om en rekke oppgaver.

Den beskrivelsen som de ansatte gir viser også at det tverrfaglige temaet samarbeider på flere nivåer, og at de ikke minst jobber sammen om å analysere pasientenes situasjon og diskutere hvilke tiltak som anses hensiktsmessig å iverksette. Det tverrfaglige samarbeidet gir derfor grunnlag for å nyttiggjøre seg de ulike teammedlemmenes kunnskap og erfaring (Hudson, 2004). Vi registrerer likevel at det er visse klager over at man ikke alltid har tid nok til å møtes for å gjøre slike analyser, men det endrer ikke det faktum at arbeidet i rehabiliteringsavdelingene har et klart og tydelig tverrfaglig preg.

Det er likevel tydelig at dette tverrfaglige samarbeidet først og fremst handler om samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og personer med innsikt i pasientens fysiske funksjonsnivå. Ingen av disse teamene synes å ha personell med kompetanse til å ivareta pasientenes psykiske helse. Det er derfor tvilsomt om man fullt ut kan si at rehabiliteringsavdelingene ivaretar et helhetlig perspektiv fullt ut. Dette er et tema vil utdype nærmere siden.

Vi registrerer også at man innad i rehabiliteringsavdelingen er opptatt av å lage en god plan for pasientens forløp der. Det legges stor vekt på å utvikle et pasientforløp der det er klare målsettinger, ulike tiltak og tidsavgrensede prosesser. Slik sett ivaretar rehabiliteringsavdelingene kravet til planmessighet i en rehabiliteringsprosess (Normann et al., 2008). Det overrasker oss derfor at de som uttaler seg om individuelle planer er så

negative til disse. Det kan innebære at man ikke er veldig flinke til å tilrettelegge for en rehabiliteringsprosess som går utover den tiden pasienten er på rehabiliteringsavdelingen. Likevel er det utsagn som tyder på at man faktisk skisserer en plan uten å formalisere denne i en skriftlig dokumentasjon. Vi oppfatter en individuell plan som en skriftlig dokumentasjon på at det er utført en planlegging (Hansen, 2007). Det viktigste er planleggingen og ikke planen. Vi ser det derfor ikke som noe problem at det ikke skrives en individuell plan dersom det faktisk er skissert en plan for videre oppfølging på annen måte. Det kan likevel være en utfordring for de som skal følge opp pasienten etterpå, dersom det ikke finnes god nok skriftlig dokumentasjon.

Det er nokså tydelig at kommunene legger vekt på å gi pasientene et tilbud i sitt nærmiljø. Det innebærer at tilbudet i en rehabiliteringsavdeling bare gis dersom det ikke er mulig å gi det i hjemmet. Rehabiliteringsavdelingene gir derfor noen ganger hjemmeboende et korttidstilbud for å styrke det rehabiliteringstilbudet de ellers får i hjemmet. Det kommunale tilbudet er derfor klart i tråd med forventningene om at rehabilitering skal skje i størst mulig grad i pasientens lokalmiljø.

Vår konklusjon er derfor at det verken er organisering eller innholdet i tjenestene innad rehabiliteringsavdelingene som er utfordringer i forhold til samarbeid om rehabilitering. Derimot ser vi at begrepet rehabilitering ikke er like tydelig definert i andre deler av sektoren. Det innebærer at sykehuset kan anbefale at pasienter som like gjerne kan få et opptreningstilbud i hjemmet, eller som trenger et korttidsopphold på et sykehjem, blir anbefalt et

rehabiliteringstilbud. Dette skyldes da at man ikke har en felles forståelse for hva som legges i begrepet rehabilitering. Dette fremstår som et klassisk eksempel på hvordan manglende enighet om innholdet i de begrepene som brukes, skaper utfordringer for samarbeid (Øvretveit, 1999).

Vi stiller oss derfor nokså undrende til hvilke vurderinger som er gjort når pasienter som i påvente av spesialisert rehabilitering i helseforetaket er blitt plassert i en kommunal rehabiliteringsavdeling, ber om å få fortsette behandlingen der. Dette tyder på at de som har henvist til spesialisert rehabilitering i helseforetaket ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilket tilbud kommunen faktisk yter. Dette er en utfordring som delvis kan forklares med at man lager en behandlingslinje uten tilbakemeldinger bakover i linjen. Man får da ikke ivaretatt et av de sentrale kjennetegnene på samarbeid som er informasjonsutveksling (Hudson, 2004; Andersson et al., 2011).

## **Samarbeid**

I utgangspunktet synes det som om organisering av samarbeidet er tenkt organisert som en lineær prosess. Først gjør sykehuset sin del. Der gjennomføres selvfølgelig en systematisk datasamling og iverksettes tiltak på grunnlag av en omfattende faglig vurdering. Vi har likevel sett at arbeidet på de kommunale rehabiliteringsavdelingene fremstår som klassisk teamarbeid (Andersson et al., 2011). Det har sammenheng med at rehabilitering er sammensatte og uregjerlige problemer og at det derfor er behov for å diskutere seg frem til aktuelle løsninger (Ferlie et al., 2011). Det er derfor ikke gitt at samarbeidet hele tiden kan følge en suksessiv modell. Dette vil vi

komme mer tilbake til siden, men skal først se nærmere på hvordan de ulike rammebetingelsene påvirker samarbeidet.

Både de aktuelle kommunene og sykehuset er opptatt av å forholde seg til de rammene som er fastsatt gjennom samhandlingsreformen og den nasjonale helse- og sykehusplanen. Organisatorisk har begge nivåer satt i verk ulike tiltak for å ivareta målene om at en større del av tjenestetilbudet skal foregå i kommunene. Utfordringen ser først og fremst ut til å være at det er vanskelig for ansatte på sykehuset å ha oversikt over hvilke tilbud kommunene har og hva de kan tilby. Dette er en følge av at kommunene de siste årene har bygget ut sitt tjenestetilbud på flere måter. De aktuelle kommunene har alle bygget ut sitt tjenestetilbud med egne rehabiliteringsavdelinger. Slikt tilbud finnes bare i de største kommunene. I tillegg så har det generelle kompetansenivået blant ansatt i kommunene økt. Det gjør at forskjellene mellom de spesialiserte rehabiliteringstilbudene som sykehuset og de virksomhetene de har driftsavtaler med, og kommunene blir stadig mindre. Det betyr at man på sykehuset er usikre på hva slags oppfølging man kan anbefale for de ulike pasientene. Begrepsbruken i skriftlig informasjon som eLink og PLO-meldinger blir derfor noe upresis og kommunen opplever at denne informasjonen ikke er tilfredsstillende.

De rammene som samhandlingsreformen og den nasjonale helse- og sykehusplanen setter, gir kommunene også en utfordring i forhold til at man må finne et tilbud til utskrivningsklare pasienter. Det innebærer at kommunenes tildelingskontor i noen tilfeller må plassere pasienter der de finner ledig plass, selv om andre løsninger hadde vært mer optimalt. Det

handler i mange tilfeller mer om interne løsninger og er i liten grad en følge av samarbeidet med sykehuset.

Det er likevel viktig å ha klart for seg at sykehus og kommuner har ulike oppgaver i dette systemet. Mintzberg & Gloubermann (2001) skiller mellom "cure" og "care", og hevder at "cure" og "care" representerer to ulike kulturer og ideologier, der sykehusene kjennetegnes av "cure" og kommunene av "care". I vår sammenheng innebærer det at sykehusene representerer behandling og kommunene rehabilitering. Føringerne i de siste års politiske dokumenter som samhandlingsreformen og sykehusmeldingen, er at dette skillet skal tydeliggjøres. Sykehusene skal forholde seg til behandling, og når pasienten er ferdigbehandlet er videre oppfølging kommunens ansvar. Det innebærer at fokus på behandling og behandlingsideologi blir stadig mer sentralt i sykehusene. En forklaring på at kommunene i en del tilfeller ikke har vært fornøyd med den informasjonen de har fått fra sykehuset, kan være at denne i for stor grad har representert et behandlingsperspektiv. Vi ser likevel at dette har bedret seg noe etter hvert som sykehuset har tilpasset sin informasjon til kommunenes behov.

Holdninger til andre, særlig tillit og respekt, er viktig for å få til et godt samarbeid på det relasjonelle planet. Våre data tyder på at tillit og respekt i stor grad påvirkes av rammefaktorene. Der man bare har kontakt med hverandre gjennom formelle og skriftlige kanaler registrerer vi at samarbeidsparter blir omtalt i negative ordelag. Man tviler på at den andre parten leser informasjonen skikkelig og man uttaler seg kritisk til om den andre parten virkelig forstår hva for eksempel rehabilitering er. Der man har



direkte kontakt er holdningene helt annerledes. Da er man tydelig på at her kan man overlate til andre å vurdere og der samarbeidet er best skryter man av hverandre og understreker hvordan kontakten gjør jobben lettere for begge parter. Det ser ut som om påstanden til Gloubermann & Mintzberg (2001) om at godt samarbeid skaper grunnlag for bedre samarbeid, verifiseres gjennom våre erfaringer.

Et klassisk kjennetegn på byråkratiet er den formelle og upersonlige kontakten man etablerer gjennom skriftlig kommunikasjon (Weber, 1971). Disse prinsippene er også sentrale i Bestiller-/utfører-modellen, særlig der man benytter en såkalt hard modell (Hansen & Ramsdal, 2005). Det ser ut som om at der den direkte kontakten mellom samarbeidspartene er dårlig eller mangler helt, så skapes det grunnlag for å tillegge den andre parten dårlige egenskaper. Der kontakten er god, så oppdager man at den andre parten faktisk vet hva de gjør og at misforståelser som oppstår er nettopp det – misforståelser – og ikke uttrykk for manglende kompetanse.

Det er også interessant å se at der man er positive til sine samarbeidsparter, så samarbeider man på en annen måte enn der man er negative. Negative reaksjoner overfor samarbeidspartene synes å være mest utbredt der den ene parten ensidig formidler en konklusjon (for eksempel: pasienten trenger korttidsopphold på rehabiliteringsavdeling) eller et vedtak. Der man har positive holdninger til samarbeidspartene, ser hovedregelen ut til å være at man utveksler kartleggingsdata og diskuterer ulike løsninger. Man får en situasjon der man samarbeider om flere ledd i den modellen vi har presentert for profesjonelt arbeid (Hansen et al., 2016). Dette betyr at når representanter

for kommunale tildelingskontorer møter pasienten på sykehuset, så kan man kommunisere både med personalet og med pasienten. Dette skaper dermed grunnlag for å skape en relasjon med personalet som er bygget på positive holdninger som tillit og respekt. Det bør også understrekes at selv om vi ikke har data på det, så er det grunn til å tro at slik kontakt med pasienten på sykehuset også kan bidra til at pasienten får tillit og respekt for de vurderinger kommunen gjør.

Et sentralt spørsmål er hva sykehuset og kommunene skal samarbeide om? Det ser ut som om tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingene har ulike behov. Kartlegging og annen datasamling er en viktig prosess før man kan komme frem til en beslutning om hva som skal gjøres, men hva som er relevante data er avhengig av hva man skal beslutte om (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. Den beskrivelsen vi har fått av hvordan man samarbeider innad på rehabiliteringsavdelingene hvor de ulike fagfolkene gjør hver sine kartlegginger og hvordan de etterpå kommer sammen for å diskutere og å sy sammen et helhetlig rehabiliteringstilbud, er representativt for hvordan man skaper et team som kan løse slike sammensatte problemer (Fergie et al, 2011). Dette er en måte å vurdere blant annet fysisk funksjonsnivå, individuell motivasjon og tilpassing til hjemlig miljø, før man finner frem til relevant rehabiliteringstilbud.

Når det gjelder tildeling av kommunalt tilbud, ser det ut som om utgangspunktet har vært at dette er en noenlunde ukomplisert avgjørelse som kan tas av tildelingskontoret på bakgrunn av de opplysningene man får gjennom det skriftlige kommunikasjonssystemet. 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 rehabiliteringspasienter. I noen tilfeller kan dette skyldes at datagrunnlaget fra sykehuset ikke er godt nok. Løsningen med at en ansatt fra tildelingskontoret selv møter pasienten allerede mens vedkommende er på sykehuset, gjør at datagrunnlaget for tildelingskontorets vedtak blir bedre. Utfordringen er at dette ikke uten videre skaper et bedre datagrunnlag for tilbudet i rehabiliteringsavdelingen. For det første er det avgjørende at ansatte på tildelingskontoret har tilstrekkelig kunnskap om hvilket tilbud rehabiliteringsavdelingen yter. Dernest er det viktig å vite hva slags data rehabiliteringsavdelingen trenger for å kunne vurdere hvilket innhold tilbudet skal ha.

Begge disse utfordringene handler om kommunikasjon mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen. Løsningen som en av kommunene har valgt med å ansette en fysioterapeut på tildelingskontoret, ser ut til å fungere. Vedkommende kan både være en støtte for de andre på tildelingskontoret og sørge for å ivareta en god og uformell kommunikasjon mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen. Fysisk nærhet synes å være en viktig faktor i denne sammenhengen (Andersson et al., 2011). Det er likevel klart at det å ansette en fysioterapeut på tildelingskontoret, er en løsning som kan være urealistisk for andre enn de aller største kommunene.

I utgangspunktet var formell kommunikasjon mellom bestiller og utfører et sentralt prinsipp i bestiller-/utførermodellen. Vi ser likevel at innenfor helse- og velferdssektoren har det vært nødvendig med et mer uformelt samarbeid for å komme frem til et individuelt tilpasset tilbud til brukere med sammensatte og individuelle behov (Hansen & Ramsdal, 2005). Slik vi ser det så er sammensatte og individuelle behov et felles kjennetegn for mange rehabiliteringspasienter. Hvis ansatte på tildelingskontoret har et tett samarbeid med rehabiliteringsavdelingen, så vil den som eventuelt møter pasienten allerede på sykehuset både kunne få frem data som både er relevante for vedtak om kommunale tjenester og for hva slags tilbud rehabiliteringsavdelingen bør gi. En slik løsning vil innebære at de ansatte på tildelingskontoret i tillegg til å få på plass et vedtak om kommunale tilbud, også fungerer som en formidlingsagent mellom sykehus og pasient, og rehabiliteringsavdelingen (Globermann & Mintzberg, 2001).

På samme måte mener vi å kunne se at dersom det er god kontakt mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen før det gjøres et formelt vedtak, så skaper det grunnlag for at ansatte i rehabiliteringsavdelingen både kan påvirke tildelingskontorets konklusjoner og gi dem innsikt i hvilke vurderinger som ligger til grunn for de vedtakene som er gjort.

Vi har foran trukket frem skalaen til Andresson et al (2011) som beskriver ulik grad av omfang på samarbeid. Informasjonsutveksling er det laveste nivået på denne skalaen, og erfaringene fra denne undersøkelsen tyder på at slikt samarbeid ikke er tilstrekkelig i dette tilfellet. Når tildelingskontoret derimot fungerer som en reell koordinator som både har kontakt med pasient og

personale på sykehuset, og med rehabiliteringsavdelingen (eller andre som skal yte tjeneste), så fungerer samarbeidet bedre.

Likevel så oppstår det situasjoner der rehabiliteringsavdelingen ikke er fornøyd med de dataene de har fått. Det kan synes noe overraskende på bakgrunn av beskrivelsen av den nokså omfattende kartleggingen som ansatte på rehabiliteringsavdelingen gir. Vi tolker dette likevel som et uttrykk for at rehabilitering er et svært komplisert fagfelt. For de som skal yte tjenestene er det da ønskelig med et mest mulig omfattende datagrunnlag. Slikt datagrunnlag kan best oppnås gjennom samarbeid med alle som har samlet inn data, formelt eller uformelt (Hudson, 2004; Ferlie et al., 2011; Hansen 2013). Det er derfor ikke overraskende at ansatte på rehabiliteringsavdelingen ønsker tilgang til de data og de vurderingene som er gjort på sykehuset. Det at man nå har gjort fysioterapeutenes epikriser tilgjengelig for kommunene, er derfor en klar forbedring. Likevel er vi sikker på at i de mest kompliserte tilfellene er heller ikke dette tilstrekkelig og at det derfor også i fremtiden er behov for direkte kontakt mellom rehabiliteringsavdelingene og den sykehusavdelingen hvor pasienten har vært. Det bør nok derfor også tilrettelegges for at slik kontakt kan fungere på en mest mulig hensiktsmessig måte.

## **Psykisk helse**

Det ser ut som om ivaretagelse av pasientenes psykiske helse har i alle fall to dimensjoner. Den ene dimensjonen handler om å redusere angst og usikkerhet. Det ser ut som om mange pasienter allerede mens de er på

sykehuset gir uttrykk for stor grad av usikkerhet. En del ansatte på sykehuset synes å løse denne utfordringen ved berolige pasienten med at de vil få et omfattende tilbud fra kommunen. Disse utsagnene oppfattes tydeligvis av både pasienter og pårørende delvis som løfter om hvilke tilbud de skal få, og delvis som uttrykk for hva som anses som faglig forsvarlig behandling. For kommunen skaper denne løsningen ulike former for problemer. For det første kan den bidra til at både pasienter og pårørende mistror de faglige vurderingene som kommunens fagpersonale gjør. Dernest kan det bidra til at pasienter og pårørende forventer andre typer tjenester enn det kommunen har ressurser og kompetanse til å yte. I tillegg synes denne løsningen til en generell forsuring av samarbeidsklimaet mellom sykehus og kommunene.

Besøk av kommunens koordinatorene på sykehuset er et annet løsningsalternativ for å redusere angst og usikkerhet. Tilbakemeldingene fra de som har løst utfordringene på denne måten er klare på at dette gir dem både en mulighet til å gi en realistisk presentasjon av de tilbud kommunen kan yte og å drøfte med dem hva slags hjelp de selv er opptatt av å få. Dette handler som vi har vært inne på om delt beslutningstaking (Storm & Edvards, 2013) og viser på mange måter at brukermedvirkning også kan bidra til å redusere angst og usikkerhet.

Ansatte på de kommunale rehabiliteringsavdelingene peker også på at de opplever noen ganger at pasienter har behov for et psykisk helsetilbud. Det er ikke overraskende sett på bakgrunn av at undersøkelser viser at forekomsten av blant annet depresjoner er høyere hos rehabiliteringspasienter enn befolkningen for øvrig (Saban et al., 2010; Bartoli et al., 2013). Vi registrerer

likevel at de kommunale rehabiliteringsavdelingene i liten grad har muligheter for å gi pasientene et tilbud som kan hjelpe dem med psykisk uhelse.

En av utfordringene med rehabilitering er å få til helhetlige tilnærminger til pasientene. Tilbakemeldingene fra de ansatte på de ulike rehabiliteringsavdelingene er tydelig på at rehabilitering er et sammensatt fagfelt. Hva som er gode rehabiliteringstilbud er det ikke objektive svar på. Det er et samspill mellom pasientens motivasjon og ønsker, fysisk status og muligheter, samt fysiske rammebetingelser i nærmiljøet (Lie, 1996). For å finne frem til gode rehabiliteringstilbud bruker de ansatte på rehabiliteringsavdelingen god tid til å kartlegge både status og muligheter. I noen tilfeller sørger de også for å innhente data fra andre, for eksempel fysioterapeuter ansatt på sykehuset. En av de store utfordringene med profesjonelt arbeid er at kompetanse til de ulike profesjonene er avgrenset. Det innebærer at en profesjonsutøver først og fremst registrerer data om de utfordringene de selv har kompetanse til å løse (Abbott, 1988). Dette har man tatt konsekvensen av på de kommunale rehabiliteringsavdelingene og vi har hørt hvordan ulike yrkesgrupper kartlegger ulike forhold ved pasientens situasjon. Det synes likevel ikke å være en systematisk kartlegging av pasientenes psykiske helse. Det er trolig heller ikke hensiktsmessig så lenge man ikke har noen muligheter for å hjelpe dem med psykisk uhelse. Vi stiller likevel spørsmål ved om man kan si at rehabiliteringen er helhetlig uten at psykisk helse blir ivaretatt for dem som trenger det.

Vi har tidligere vist at psykisk uhelse blant rehabiliteringspasienter bidrar til redusert levetid, også i sammenligning med andre rehabiliteringspasienter (Bartoli et al., 2013). Det må dessuten være et problem for den fysiske rehabiliteringen, dersom pasientene på grunn av psykisk uhelse verken gir relevante opplysninger til tjenesteyterne eller følger opp de rådene om aktivitet de får slik Prince et al. (2007) dokumenterer. Det å ivareta den psykiske helsen i en rehabiliteringsprosess, kan gjøre tjenestene mer effektive. En ordning der det gjøres en form for kartlegging av pasientenes psykiske helse, og der man har en reelt tilbud om å hjelpe dem man avdekker et behov hos, fremstår derfor som hensiktsmessig.

## **Brukermedvirkning**

Vi har allerede pekt på at det synes som om brukermedvirkningen er sentral i utformingen av innholdet i rehabiliteringsavdelingene. Utforming av selve tjenestetilbudet skjer i dialog med brukeren og delvis også med pårørende. Vi har riktignok ikke snakket med pasienter og pårørende, men slik vi ser det så ligger det i rehabiliteringens natur at pasientene må delta aktivt. Dersom pasientene ikke selv vil, er det vanskelig å gjennomføre en rehabiliteringsprosess.

Slik arbeidet på rehabiliteringsavdelingene beskrives, så diskuteres både mål og hvilke tiltak som skal iverksettes, med brukerne. Vi får da en situasjon med delt beslutningstaking (Storm & Edwards, 2013) der det høres ut som om pasientene har reell innflytelse over de beslutninger som tas. Vi får da en



situasjon der pasienten synes å ha reell innflytelse over utforming av tjenestetilbudet, og kommer dermed opp på et høyt nivå av skalaen for brukermedvirkning (Arnstein, 1969; Hansen, 2007)

Like viktig er det at tilbudet slik det beskrives, justeres underveis, delvis på grunnlag av faglige vurderingen, men også i tråd med de prioriteringer og erfaringer som pasienten gjør. Vi får da en prosess der det er mulig for pasienten å påvirke prosessen gjennom hele forløpet. Slik vi ser det, innebærer dette at pasientene får tilstrekkelig informasjon til at de kan velge mellom ulike alternativer for innholdet i tjenesten, og dermed har en reell brukermedvirkning (Askheim, 2007).

Vi kan likevel ikke se at brukermedvirkning alltid ivaretas fullt ut før pasienten kommer til rehabiliteringsavdelingen. Det er tildelingskontoret som bestemmer hvor pasienten skal få sin oppfølging og rehabiliteringstilbud. Dette skjer i mange tilfeller på grunnlag av innspill fra sykehuset. Selv om det er klart at de innspillene som sykehuset kommer med, for eksempel om at pasienten trenger sykehjemsplass, er diskutert både med pasient og pårørende, er vi usikker på om den bygger på reell brukermedvirkning. Slik vi ser det er det av avgjørende betydning for brukermedvirkning at pasienten har relevant informasjon og reelle alternativer å velge mellom (Askheim, 2007). Ansatte på sykehuset har begrenset kunnskap om det kommunale tjenestetilbudet. Der det er sykehusansatte som er den eneste informasjonskilden om de kommunale tilbudene, så kan de ønskene som pasienten og pårørende kommer med,

være forankret i et informasjonsgrunnlag som ikke er tilstrekkelig (March, 1994).

Den beskrivelse av kontakten som koordinatorene fra kommunen gir fra sine besøk hos pasienter på sykehus før de skrives ut, gir derimot et annet bilde. Det beskrives hvordan koordinatorene prøver å bli kjent med pasienten, gir dem relevant informasjon og samarbeider om å finne et hensiktsmessig tjenestetilbud. Vi må også her ta forbehold om at vi ikke har data på hvordan pasientene selv opplever denne situasjonen, men vi mener at den direkte kontakten mellom pasient og kommune mens pasienten fortsatt er på sykehuset, uansett har et bedre potensial i seg for å ivareta brukermedvirkning enn uten slik kontakt. En situasjon der bruker og en av beslutningstakerne møtes og utveksler informasjon gir et bedre grunnlag for å gjennomføre en rasjonell beslutningsprosess, der også brukernes interesser ivaretas (Hansen, 2007).

Vår vurdering er derfor at brukermedvirkningen i selve rehabiliteringsprosessen synes å være ivaretatt, og at dersom brukermedvirkningen skal ivaretas i forhold til avgjørelser om hvilket tjenestetilbud som kommunen skal yte, så er ordningen med at koordinator møter pasienten på sykehuset før utskriving en god løsning.

## **Pårørende**

Pårørende er viktige i rehabiliteringsprosessen av flere grunner. Som vi pekte på foran handler det delvis om å ivareta dem fordi de selv blir rammet, og

delvis fordi de ofte er de som har omsorgen for pasienten etter at rehabiliteringsoppholdet er avsluttet. Dersom det er behov for videre oppfølging av pasienten, vil pårørende gjerne ha en sentral rolle.

Våre data viser at mange ansatte sliter med å inkludere de pårørende. Det er kanskje litt overraskende sett på bakgrunn av at tilbakemeldingene er nokså entydige på at de anser pårørende som en viktig medspiller i rehabiliteringsprosessen.

Rehabilitering legger vekt på både å ta utgangspunkt i brukernes egne ønsker og som legger vekt på å få til mestring. Mestring er noe vesentlig mer enn bare reduserte symptomer. Det innebærer, slik vi ser det, at pårørende bør ha en rolle både som støtte i mestringsarbeidet og som omsorgspersoner. Vi har tatt utgangspunkt i at målsettingen med det tjenestetilbudet som skal ytes, er å støtte personens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Pårørende, særlig de som bor sammen med brukeren, vil derfor ha en viktig rolle i å følge opp det tilbudet de profesjonelle yter. For å få til det, må de pårørende få informasjon.

Mer systematisk utveksling av informasjon mellom tjenesteytere og pårørende, kan bidra til å styrke det helhetlige tjenestetilbudet. Vi mener likevel ikke at dette er nok. Skal man få til en reell samproduksjon er det nødvendig med mer avanserte samarbeidsformer enn informasjonsutveksling. I den skalaen vi presenterte foran, så er informasjonsutveksling den laveste formen for samarbeid (Andersson et al.,

2011). Skal man få til delt beslutning, så er det ikke nok med informasjonsutveksling. Uansett hvor god og åpen informasjonsutvekslingen er, så opprettholder de ulike aktørene fortsatt mulighetene til å ta sine egne avgjørelser uavhengig av de andre. Målsettingen må derfor være at man får til en prosess der viktige avgjørelser tas i et samspill mellom pasient, pårørende og de ulike tjenesteyterne, slik at vi får delt beslutningstaking (Storm & Edvards, 2013).

Skal man få til delt beslutningstaking, så må man etablere gode møteplasser der alle parter kan få del i hvilke mål som formuleres, hvilke løsningsalternativer som finnes og konsekvensene av disse (March, 1994). Det vil si at man må opp på det tredje nivået på skalaen til Andersson & al (2011). Dette er viktig av flere årsaker. Den ene er at det synes som om tanken om samproduksjon bygger på en harmonimodell der alle har samme mål og ønsker (Askheim 2016). Hvis ikke alle har samme mål, så er det behov for å komme frem til et kompromiss der ulike mål om mulig kan forenes. En møteplass er en arena der slike kompromisser kan utformes. Den andre årsaken til at det er nødvendig med felles møteplasser, er at det trolig er den beste måten å gjennomføre brukermedvirkning, både i forhold til brukerne selv og i forhold til pårørende. Skal brukerne og pårørende delta i beslutningene om hvilke løsningsalternativer som skal velges, så er det nødvendig å få disse presentert på en slik måte at de selv kan formulere kvalifiserte valg. Det vil da skape muligheter for reell delt beslutningstaking (Storm & Edvards, 2013).

# Avslutning

Vi har i dette prosjektet sett at kommunene har tilpasset seg overordnede strategier og bygd opp et lokalt rehabiliteringstilbud med egne rehabiliteringsavdelinger. Det innebærer at det er behov for gode samarbeidsrutiner om pasienter som trenger et omfattende rehabiliteringstilbud. Våre data viser at dette samarbeidet ikke er uproblematisk. Det skyldes ulike forhold, forhold vi sier identifiserer både på individ og organisatorisk nivå (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

På det organisatoriske nivået er en utfordring knyttet til bruken av bestiller-/utfører-modellen. Det innebærer blant annet at informasjonen fra sykehuset går innom tildelingskontoret før den kommer frem til rehabiliteringsavdelingen. Det innebærer at rehabiliteringsavdelingen i utgangspunktet ikke kommuniserer direkte med sykehuset. Det setter store krav til kompetansen hos de ansatte på tildelingskontoret, men slik kompetanse kan også dekkes ved et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen. En annen utfordring er også knyttet til at tildelingskontoret må finne plass til pasienter som sykehuset sier at er utskrivningsklare. Det innebærer at man i noen tilfeller må benytte plasser ved rehabiliteringsavdelingen til pasienter som rehabiliteringsavdelingen mener ikke har tilstrekkelig utbytte av oppholdet der. Dette er også en utfordring som kan reduseres ved å ha tett kontakt mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Det er en rekke grunner til å benytte skriftlig kommunikasjon mellom de ulike aktørene. Det kan bidra blant annet til dokumentasjon og kvalitetssikring. Tilbakemeldingene er nokså tydelige på at innføringen av PLO-meldinger og eLink har gjort denne kommunikasjonen lettere. Etter hvert synes det dessuten som om ansatte både i sykehus og i kommunene er blitt flinkere til å benytte disse mulighetene. Likevel er det noen åpenbare mangler med en del av de skjemaene som benyttes. Det er derfor stor enighet om at det er på sin plass å revidere en del av disse.

Tildelingskontorene i alle de tre kommunene har alle i ulik grad begynt å besøke pasienter på sykehuset før de blir skrevet ut. Erfaringene med en slik løsning er gode, men dette er en ressurskrevende løsning. Vi ser likevel at denne løsningen har en rekke fordeler. Den bidrar til at pasientene blir informert om de tilbudene kommunen har, den styrker brukermedvirkningen ved at pasientene kan delta i beslutningsprosessen fra første stund, og den innebærer at tildelingskontoret får en bedre innsikt i pasientens situasjon enn det som formidles via PLO-meldinger. En utfordring er at den innsikten tildelingskontoret får må formidles videre til rehabiliteringsavdelingen. Det er igjen et argument for tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Rehabiliteringsavdelingene gjennomfører selv omfattende kartlegginger av de pasientene som kommer inn. For en del av pasientene, for eksempel de som allerede har fått et tilbud fra fysio- eller ergoterapeuter på sykehuset, ønsker man likevel bedre innsikt i de tiltak som har vært satt i verk på

sykehuset og erfaringene med disse. Ordningen med at fysioterapiepikriser fra sykehuset gjøres tilgjengelig for den kommunale rehabiliteringsavdelingen er derfor et fremskritt. Rehabilitering påvirkes av en rekke faktorer som funksjonsnivå, motivasjon og miljøbetingelser. Det betyr at de som skal yte disse tjenestene ikke kan hente frem standardiserte løsninger, men må tilpasse tilbudet til den konkrete situasjonen. I slike tilfeller er det ofte behov for å diskutere ulike løsninger blant annet med ansatte på sykehuset som har erfaringer med pasienten fra før. Løsninger som gjør at man kan legge til rette for direkte kommunikasjon mellom rehabiliteringsavdelingen og sykehuset bør derfor vurderes.

På det individuelle planet synes det å være en stor utfordring knyttet til at det ikke er en felles forståelse av begrepet rehabilitering. Det innebærer at det ikke blir samsvar mellom det som etterspørres og det som ytes. Det kan også henge sammen med at ansatte på sykehuset ikke kjenner de kommunale tilbudene godt nok. Her foreligger det en rekke forslag som kan redusere disse utfordringene. For det første finnes det en autorativ definisjon på rehabilitering – en definisjon som legger grunnlag for det tilbudet man yter på rehabiliteringsavdelingene. En bedre innsikt i hva som ligger i denne definisjonen kan kanskje avhjelpe noe – her er det også en utfordring til høgskolens utdanninger. Et annet forslag går ut på å gjøre informasjonen om hvilke kommunale tilbud som finnes bedre tilgjengelig både for ansatte og pasienter på sykehuset. Særskilte hjemmesider lett tilgjengelig på sykehuset kan være en løsning. En tredje løsning er å øke kommunenes tilstedeværelse på sykehuset, slik at de både kan informere godt om sine tilbud og avklare i samarbeid med pasienten veien videre etter utskriving fra sykehuset. En slik

løsning synes å kreve et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen.

Undersøkelsen viser at brukermedvirkningen er begrenset før pasienten kommer frem til rehabiliteringsavdelingen, men på rehabiliteringsavdelingen synes det derimot å være gode rutiner på å inkludere pasientene i beslutningsprosessene om innholdet i rehabiliteringsprosessen. Selve oppholdet på rehabiliteringsavdelingen blir planlagt forholdsvis nøye, men det ser ikke ut som om man er like opptatt av å planlegge hvordan tilbudet etter endt opphold skal videreføres. En enkel form for individuell plan vil nok i noen tilfeller være hensiktsmessig – dette bør trolig gjøres i som et samarbeid mellom rehabiliteringsavdelingen og tildelingskontoret.

En gruppe som trolig vil ha en sentral plass i oppfølging etter endt opphold på rehabiliteringsavdelingen, er pårørende. Det er derfor noe overraskende at det ikke finnes bedre rutiner for å inkludere disse.

Rehabilitering handler om å gi et helhetlig tilbud. Flere av dem vi har intervjuet peker på at mange rehabiliteringspasienter preges av angst og depresjoner. Det kan derfor være grunn til å vurdere om man på rehabiliteringsavdelingene også bør ha et tilbud som ivaretar pasientenes psykiske helse noe bedre enn i dag.

Arbeidet med denne rapporten har vist at det tilsynelatende er stor vilje til å gjøre noe med de utfordringene som foreligger. Det gir grunnlag for å tro at rapporten kan bidra til forbedringer.



# 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
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216–224.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (01), 52-59
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24-36.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G., ... & Clerici, M. (2013). Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke research and treatment*, 2013.
- Bjørke, 2012. Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren. Høgskolen i Oslo og Akershus.

- Cameron, J. I., Gignac, M. A. M. (2008). "Timing it Right". A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*. Vol 70 Issue3, Pages 305 – 314.
- Clark, M. (2015). Co-production in mental health care. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 213-219.
- Coulter A (1999). Paternalism or partnership? *British Medical Journal*. 319(7212):719–720, 1999
- Danermark, B., Ekström M., Jacobsen, L., & Karlsson, J. C. (2003). *Att förklara samhället*, Lund: Studentlitteratur Lund.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2011). Public policy networks and 'wicked problems': a nascent solution?. *Public Administration*, 89(2), 307-324.
- Fineide, M. J. & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenking – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer, i Vabø, M & Vabø, S. I. (red), *Velferdens organisering*, Universitetsforlaget, Oslo
- 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](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1)
- Glouberman, S. og Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Diseases--Part I & Part II, *Health Care Manage Rev*, 26(1), 56–92.
- Godwin, K. M., Ostwald, S. K., Cron, S. G., & Wasserman, J. (2013). Long-term health related quality of life of survivors of stroke and their spousal caregivers. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 45(3), 147.
- Gough, R., Renblad, K., Söderberg, E., Wikström, E. (2011). Anhörigstöd – ett helt annat sätt at tänke . Fokus-Rapport. Fokus Kalmer Län.
- Hansen, G V; Bjørkquist, C; Huby G Ø; Johnsen, L (2016): SÅRBARE OVERGANGER – «Tricky Transitions», Halden Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport 2016:1

- Hansen, Gunnar Vold & Ramsdal Helge. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)*. Sluttevaluering. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2015:2
- Hansen, Gunnar Vold & Ramsdal, Helge (2005): "Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2/2005:134 – 148
- Hansen, Gunnar Vold (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15
- Hansen, Gunnar Vold (2013). Hjemmet som basis for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 129-137.
- Hanssen, H., Sommerseth, R. (2014) Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* Vol 10, Nr 2.
- Hatch, M. J. (2009). *Organisasjonsteori – moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Head, B. W., & Alford, J. (2013). Wicked problems: implications for public policy and management. *Administration & Society*, 0095399713481601.
- Helgesen, Marit; Feiring, Marte; Ramsdal, Helge; Hansen, Gunnar Vold (2005): *Kompetanseutvikling i kommunene: Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2005:10
- Helsedirektoratet (2011). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for «samfunnskompetanse» i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat». Helsedirektoratet, IS-1931. Utgitt 09/2011.
- 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. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75-94.
- Jahren Kristoffersen, 2012. Den myndige pasienten. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Johannessen, A., & Tufte, P. A. og Kristoffersen, L.(2016) Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metode. 3. Utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Jonasson, l., l., Liss, P. E., Westerlind, B., Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin`s perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*. 16. 20-26.
- Ketelaars, C. (2011). Integrated care requires integrated supervision. *International journal of integrated care*, 11(1).
- Lie, Ivar. *Rehabilitering og habilitering: prinsipper og praktisk organisering*. Ad Notam Gyldendal, 1996.
- Lilljan, B. Lind Kassah, Wivi-Ann Tingvoll og Alexander Kwesi Kassah, red. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen, kvalitet, organisering og makt i helse-og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget, Bergen
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: Free Press.
- Martinsen & Boge, 2004. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet sykepleien* 2004; 13:58-61.
- Meld. St. 11 (2015–2016): *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*
- Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner
- Mintzberg, H. (1994): *Rise and Fall of Strategic Planning* New York: Free Press
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Naylor, C., Das, P., Ross, S., Honeyman, M., Thompson, J., & Gilbert, H. (2016). Bringing together physical and mental health.
- Normann, T., Thommesen, H., & Sandvin, J. T. (2008). *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?*. Kommuneforlaget.
- Orvik, 2015. Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

- Pierce, L. (2007). Evidence-Based Practice in Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing*. Vol. 32, No. 5. September/October 2007.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The lancet*, 370(9590), 859-877.
- Ramsdal, H., & Hansen, G. V. (2009). Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer. Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- 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.
- Savenman, B. I. (2010). Family nursing research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16 (1), 26-44.
- Stenberg, U., Ruland, C.M., Miaskowski, C., (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19 (10), 1013-1025.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in Mental Health. *Patient-Centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*, 214.
- Strøm A, Andersen KL, Korneliussen K, Fagermoen MS (2015) Being “on the alert” and “a forced volunteer”: a qualitative study of the invisible care provided by the next of kin of patients with chronic heart failure. *Dovepress Volume 2015:8 Pages 271—277*.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2003). *Individuell plan: et sesam, sesam?*. Kommuneforlaget.
- Tingvoll, W. A., & Sæterstrand, T. (2008). Sats på rehabilitering. *Sykepleien*, 13(08), 84.

- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2), 156-168.
- Universitets- og høgskolerådet (2015). UHR prosjektet. Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene. Prosjektrapport levert KD 1. juni 2015. [http://www.uhr.no/documents/ferdig\\_rapport\\_Felles\\_innhold\\_290515\\_1500.pdf](http://www.uhr.no/documents/ferdig_rapport_Felles_innhold_290515_1500.pdf)
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering, i Vabø, M. og Vabo, S.I. (red), *Velferdens organisering*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., og Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- von Düring, Anne Sofie. "Sammenheng og kvalitet i helsehjelp ved overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem." (2014). Trondheim, NTNU, Masteroppgave i helseinformatikk.
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo Gyldendal Forlag
- World Health Organization (2001). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. (WHO/HRH/HPN/10.3.) [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)
- Ødegård, A (2009): Konstruksjoner av samarbeid. I: E. Willumsen (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget, s.52-63.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, 10(2).