

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i Organisasjon og leiing

PÅ JAKT ETTER GOD PRAKSIS

En studie om iverksetting av faglige retningslinjer i kommunen.

Av

Martin Roland Hansen

Juni 2013



HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: **Organisasjon og ledelse**

Tittel:

PÅ JAKT ETTER GOD PRAKSIS
En studie om iverksetting av faglige retningslinjer i kommunen.

Engelsk tittel:

HUNTING THE GOOD PRACTICE
A study of implementing clinical guidelines in municipalities.

Forfatter: **Martin Roland Hansen**

Emnekode og emnenavn:

MR690
Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandiatnummer: **100**

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett kryss):

JA Nei

Dato for innlevering: 14.06.2013

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire): Rehabilitering, hjerneslag,
faglige retningslinjer, iverksetting

Tittel og sammendrag:

«PÅ JAKT ETTER GOD PRAKSIS» - en studie om iverksetting av faglige retningslinjer i kommunen.

Studien har som formål å utvikle ny kunnskap omkring hvilke faktorer der fremmer iverksetting av faglige retningslinjer i kommunen.

En kvalitativ metode er nyttet og de empiriske undersøkelser baserer seg på telefonintervju og semistrukturerte intervju av helsepersonell i kommunen.

Funn i studiet viser at følgende faktorer er viktige for iverksetting av faglige retningslinjer: sammensetting av tverrfaglige team, tilgang på fagpersonell, lederrolle, tverrfaglige møtepunkt, informasjonsutveksling

Title and Abstract:

"HUNTING THE GOOD PRACTICE" - A study of implementing clinical guidelines in municipalities.

The purpose of this study to gain knowledge of factors that promotes implementation of clinical guidelines in municipalities.

A qualitative method was chosen, and the study is based on phone interviews and semi-structured interviews with healthcare professionals in municipalities.

The findings indicate that the following factors are important for implementation of clinical guidelines:

composition of interprofessional teams, access to healthcare professionals, managing role, interprofessional meeting points, exchange of information.

INNHOLD

Sidetall

Forord

KAPITTEL 1 – INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.2 Hjerneslag – En sykdom som berører mange	1
1.1.3 Hjerneslag medfører ofte behov for rehabilitering	2
1.1.4 Hjemmet den naturlige arena for rehabilitering	2
1.1.5 Fokus på rehabilitering i kommunene	3
1.1.6 Kliniske retningslinjer	3
1.1.7 Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag	3
1.2 Forskning om iverksetting av kliniske retningslinjer og rehabilitering i kommunene	5
1.2.1 Rehabilitering av slagrammede i hjemmet	5
1.2.2 Iverksetting av kliniske retningslinjer	6
1.2.3 Faglig relevans av eget studie	7
1.3 Avgrensning og problemstilling	8
1.4 Sentrale begrep	9
KAPITTEL 2 – TEORI	11
2.1 Rehabilitering	11
2.1.1 Rehabiliteringsbegrepet	11
2.1.2 Rehabilitering som prosess	13
2.2 Funksjonshemming	15
2.2.1 Medisinsk modell	16
2.2.2 Den sosiale modellen	17
2.2.3 Den relasjonelle modellen	18
2.3 Tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid	19
2.3.1 Det tverrfaglige team	21
2.3.2 Konsekvenser for ledelse	23

2.4 Iverksetting av kliniske retningslinjer	24
2.5 Kliniske mikrosystem	28
2.5.1 Hva er kliniske mikrosystem	28
2.5.2 Forskning omkring suksesskriterier for kliniske mikrosystem	30
KAPITTEL 3 – METODE	34
3.1 Valg av metode	34
3.2 Valg av fylke og kommuner	35
3.3 Valg av informanter	36
3.4 Spørreskjema og intervjuguide	37
3.5 Gjennomføring av intervju	40
3.6 Analyse av intervju	40
3.7 Reliabilitet og validitet	42
3.7.1 Reliabilitet	42
3.7.2 Validitet	43
3.8 Etikk	44
3.8.1 Informert samtykke	44
3.8.2 Konfidensialitet	45
3.8.3 Konsekvenser	46
3.8.4 Eget ståsted	46
KAPITTEL 4 - PRESENTASJON AV DATA	47
4.1 Funn – fase 1	48
4.1.1 Informanter	48
4.1.2 Ansettelsestid i kommunen	48
4.1.3 Kjennskap til Nasjonale faglige retningslinjer	49
4.2 Brukere	49
4.3 Rehabiliteringsplan	49
4.4 Sammensetting av rehabiliteringsteam	50
4.4.1 Det faste rehabiliteringsteam	50

4.4.2 Ad. – hoc team	50
4.5 Samhandling	50
4.5.1 Møter mellom bruker og team	50
4.5.2 Det første møte	51
4.6 Koordinator og individuell plan	52
4.7 Oppsummering av funn	53
4.8 Presentasjon av kommune 1 og 2	53
4.9 Informanter– fase 2 Kommune 1 og 2	57
4.9. 1 Funn – Fase 2	59
4.9.2 Pasients (Bruker)	59
4.9.3 Staff (Personell)	61
4.9.4 Information and information Technology (Informasjonsflyt og teknologi)	65
4.9.5 Performance (Utførelse)	68
4.9.6 Leadership (Ledelse)	70
KAPITTEL 5 – ANALYSE OG DISKUSJON	73
5.1 Funn – fase 1	73
5.1.2 Oppsummerte - funn fase 1	73
5.2 Funn – fase 2	75
5.2.1 Pasients (Bruker)	75
5.2.2 Leadership (Ledelse)	82
5.2.3 Staff (Personell)	86
5.2.4 Information and information technology (Informasjon og informasjonsteknologi)	93
5.2.5 Performance (Utførsel)	94
6.0 KONKLUSJON OG NYE PERSPEKTIV	96
6.1 Konklusjon	96

FORORD

Denne oppgaven er det avsluttende arbeidet ved masterstudiet i organisasjon og ledelse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Masterstudiet er på totalt 120 studiepoeng, denne oppgaven utgjør 30 av disse studiepoengene.

En stor takk alle informantene mine, uten dere hadde denne studie ikke vært mulig å realisere. Tusen takk!

Takk til veileder Einar Hovlid for gode, kunnskapsrike og konkrete innspill.

Takk til Høgskulen i Sogn og Fjordane for et lærerikt studieopplegg. Takk til alle forelesere, studieveiledere og ikke minst medstudenter. Det har vært inspirerende å få lov at lytte til, diskutere og dele kunnskap med dere.

Takk til min arbeidsgiver Helse Førde for tildeling av stipendmidler. En spesiell takk til avdelingssjef Stig Iglund for tålmodighet, tilrettelegging og veiledning under studietiden.

En stor takk til medstudent og diskusjonspartner Geir Are Nedrelid for mange gode og kunnskapsrike og ærlige innspill og diskusjoner.

Til Lillian takk for all støtte og kjærleik. Nå er det endelig over 😊

Mange takk til min mor, fordi hun bare er mor.

Martin Roland Hansen

Førde, Juni 2013

KAPITTEL 1 – INNLEDNING

Denne masteroppgave handler om kommunal rehabilitering av mennesker med hjerneslag. Formålet er at undersøke i hvilken grad slagrammede brukere i eget hjem tilbys rehabiliteringstjenester som er i tråd med de nasjonale anbefalinger, samt at belyse faktorer som bidrar til at kommuner får til den ønskede praksis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.2 Hjerneslag – En sykdom som berører mange

Hvert år rammes ca. 15.000 personer i Norge av hjerneslag. Det er en dominerende årsak til mange utvikler alvorlige funksjonshemninger. Hjerneslag har derfor store konsekvenser både for den slagrammede, deres pårørende, for helsetjenesten og samfunnet (Helsedirektoratet 2010:90).

Hjerneslag kan defineres som: *”en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død”*. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkter, hjerneblødninger og hjernehinneblødninger (Helsedirektoratet 2010:8).

Hjerneslag beskrives av slagrammede som en plutselig og overveldende katastrofe. En fundamental livsendring som fjerner personen fra hverdagen og presser han/hun inn i en ny og fremmed eksistens. Hjerneslag forandrer ugjenkallelig liv og har en betydelig innflytelse på personens følelser, personlighet, evner, aktiviteter, roller og sosiale relasjoner (Salter mfl., 2008:597).

Behandling og rehabilitering av slagrammede medfører store økonomiske konsekvenser for helsetjenesten og samfunnet. Estimerer indikerer at kostnadene ved et hjerneslag i gjennomsnitt er ca. 600 000 kroner pr. person (Helsedirektoratet 2010:8). De samlede årlige kostnadene vurderes til 7-8 milliarder kroner. Disse er knyttet til grad av funksjonshemning. Rehabilitering som minsker funksjonshemning forventes å redusere kostnader (Helsedirektoratet 2010:8). Økningen av eldre vil sannsynligvis medføre at antall slag i Norge vil øke med 50 % i de neste 20 år, om ikke forebyggingen blir mer effektiv (Helsedirektoratet 2010:8 og 20).

1.1.3 Hjerneslag medfører ofte behov for rehabilitering

Av personene som får slag vil ca. en tredjedel gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon, en tredjedel vil dø og den siste tredjedel vil ha en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets aktiviteter og kan medføre avhengighet av andre. Mange som overlever et hjerneslag vil derfor trenge rehabilitering (Helsedirektoratet 2010:90).

Rehabilitering er et vidt begrep der brukes i mange sammenhenger. I St.meld. Nr. 21(1998-1999) Ansvar og mestring, Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk (rehabiliteringsmeldingen) defineres rehabilitering som:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (St.meldn. Nr. 21 1998-1999:10).

Da rehabiliteringsmeldingen ble lagt fram i 1999 var første gang at stortinget behandlet rehabilitering som et samlet virksomhetsområde. Definisjonen av rehabilitering gjentas i etterfølgende offentlige dokumenter. Den er juridisk forankret i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011), og anvendes i Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 og i Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (2010). Definisjonen kan derfor hevdes å være sentral og juridisk bindende innen for rehabiliteringsfeltet, og en forutsetning for fagpersoners og ledes utøving og organisering av rehabiliteringsvirksomhet i Norge. Derfor anvendes denne definisjonen i studiet mitt.

1.1.4 Hjemmet den naturlige arena for rehabilitering

Hjemmet kan ses som den mest naturlige arena for rehabilitering, idet det foregår i personens kjente omgivelser. Dette skal bidra til å fremme den slagrammedes autonomi, uavhengighet og reintegrering i samfunnet. I hjemmet blir den slagrammede og dennes familie aktive medlemmer av rehabiliteringsteamet. (Helsedirektoratet 2010:97).

Mennesker som nylig har hatt hjerneslag forventes å ha større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter om de mottar terapeutiske tjenester i hjemmet fra fysioterapeut, ergoterapeut og/eller tverrfaglige team (Legg, 2003:35). Opptrening av dagliglivets aktiviteter vil derfor kunne forventes å være et hovedfokus i rehabilitering av slagrammede i eget hjem.

1.1.5 Fokus på rehabilitering i kommunene

Gjennom Samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet tilpasset den enkelte bruker. Man ønsker at der skal legges økt vekt på rehabilitering innen helse- og omsorgstjenesten (St.meld. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg pkt. 1.2.1). Kommunene har en viktig rolle innen rehabilitering og denne skal styrkes ytterligere som følge av samhandlingsreformen. En del kommuner mangler dog tilstrekkelig kompetanse og/eller kapasitet til å ivareta dette ansvaret (Helsedirektoratet, 2011: 63).

Der er mange fordeler ved å styrke rehabiliteringsinnsatsen i kommunene, idet tjenestene er nær brukeren og gis i en sammenheng der han/hun skal fungere og leve. I tillegg kan pårørende være en viktig ressurs som kjenner brukeren godt. Utfordringen er imidlertid at ressurser til rehabilitering, tilgang på hjelpemidler og samarbeid med spesialisthelsetjenesten varierer fra kommune til kommune. Dette kan føre til at kommunal rehabilitering blir tilfeldig for mange pasienter med nevrologiske tilstander (Helsedirektoratet, 2011: 64).

1.1.6 Kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer er hyppig brukt innen helse- og omsorgstjenesten og anses som et viktig verktøy til introduksjon av ny viten, etablering av gode rutiner og forbedring av praksis (Grol, 2005: 2). Det kan virke som kvaliteten på kommunale rehabiliteringstjenester til slagrammede er variabel fra kommune til kommune (helsedirektoratet, 2011:64). Ifølge Grol et.al. (2005: 2-6) behøves der godt planlagte iverksettelsesprogrammer for å implementere kliniske retningslinjer i praksis. En kombinasjon av ”top-down” og ”bottom-up”-tilnærmingene kan virke nødvendig for å kunne forbedre praksis (Grol m.fl.2005: 2-6).

Utarbeidelse av retningslinjer kan brukes til å signalisere politiske prioriteringer av utvalgte pasientgrupper. For å tilby slagrammede et godt og likeverdig rehabiliteringstilbud i eget hjem kan implementering av Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i kommunene være et viktig verktøy til at forbedre praksis.

1.1.7 Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

Disse kliniske retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som skal bidra til å etablere en nasjonal standard for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av slagrammede. De skal være et redskap til å løse samhandlingsutfordringer og

få til helhetlige rehabiliteringsforløp. Retningslinjene er ment som hjelpemiddel til fagpersoner som må foreta faglige vurderinger for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Retningslinjene skal medvirke til å sikre høy kvalitet, riktige prioriteringer, hindre uønsket variasjon i rehabiliteringstilbudet, og er utarbeidet med basis i internasjonalt anerkjente metoder (Helsedirektoratet 2010:12).

I retningslinjene anbefales følgende 4 kommunale tiltak i forhold til rehabilitering i hjemmet:

1. Hver kommune eventuelt samarbeidende kommuner bør ha et tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Samt eventuelt logoped og sosionom.
2. Individuell plan eventuelt rehabiliteringsplan ses som grunnlag for teamets arbeid.
3. Jevnlige møter anbefales mellom bruker og rehabiliteringsteam.
4. Tett samarbeid og kontakt mellom det kommunale rehabiliteringsteam og sykehusets rehabiliteringsteam i pasientsaker (Helsedirektoratet 2010:96-97).

Utdyping av de 4 tiltak:

Ad.1) Det er dokumentert at tverrfaglig slagrehabilitering gir best effekt (Legg, 2003: 35). Et motiverende miljø med aktivitet og sosialt stimulerende omgivelser og engasjerte medarbeidere fremmer gode resultater av rehabiliteringen. Målrettet, oppgaverelatert rehabilitering gir gode resultater (Helsedirektoratet 2010:96). Rehabiliteringstjenester som tilbys i kommunene bør derfor organiseres med tverrfaglige team og ha sin fokus på målrettet, oppgaverelatert rehabilitering (Helsedirektoratet 2010:96). Hver kommune eventuelt samarbeidende kommuner bør ha eget rehabiliteringsteam med ansvar for hjemmebasert rehabilitering. Teamet bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt evt. logoped og sosionom (Helsedirektoratet 2010:97).

Ad. 2) Grunnlaget for det tverrfaglige teamets arbeid kan være den slagrammedes individuelle plan (Helsedirektoratet 2010:97). Ordningen med individuell plan består av a) tildeling av en koordinator, b) en kartlegging av behov, ressurser og ønsker, c) utarbeiding av et plandokument, d) oppfølging/evaluering/revidering av planen (Helsedirektoratet, 2010: 18). Tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Helsedirektoratet 2010:96).

Ad. 3 og 4) Det vil oftest være hensiktsmessig at kommunens rehabiliteringsteam har tett samarbeid og kontakt med sykehusets rehabiliteringsteam omkring enkeltpersoner, dette gjelder spesielt under innleggelsen og i den første tiden etter utskrivning fra sykehus (Helsedirektoratet 2010:97).

1.2 Forskning om iverksetting av kliniske retningslinjer og rehabilitering i kommunene

For å få et innblikk i tidligere forskning med relevans for problemstillingen, har jeg valgt å fokusere på forskning innenfor følgende to områder:

- Rehabilitering av slagrammede i eget hjem. Dette for å avklare hva forskning viser er faglig god rehabilitering av slagrammede i hjemmet.
- Iverksetting av kliniske retningslinjer i kommunene. Dette for å avklare hva forskning sier om hvilke faktorer som er viktige for at lykkes med iverksetting av faglige retningslinjer.

1.2.1 Rehabilitering av slagrammede i hjemmet

Forskning viser at personer som har hatt hjerneslag har større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter og redusert risiko for forverring om de mottar terapeutiske tjenester i hjemmet. Terapibaserte rehabiliteringstjenester kan inkludere innspill fra fysioterapeut, ergoterapeut eller tverrfaglige team. Den oppnådde effekten er dog usikker, og en anbefaler derfor videre studier (Legg mfl., 2003) (Legg mfl., 2007) (Walker mfl., 2004).

Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse (2011:7-13) har de fleste kommuner organisert rehabiliteringstilbudet innad i egen kommune, et fåtall kjøper tjenester fra eksterne tilbydere. Fysioterapeuter og ergoterapeuter inngår i rehabiliteringstilbudet i de fleste kommunene. Under en tredjedel av kommunene gjør bruk av ambulante team. Kommunene driver oppsøkende virksomhet og rehabilitering i hjemmet. Flertallet av kommunene oppgir at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er ansvarlige, eller delansvarlige, for å ha oversikt over rehabiliterings tilbud/behov i kommunen. Koordinerende enhets oversikt over rehabiliteringstilbud og rehabiliteringsbehov i kommunene er variert. Individuell plan benyttes aktivt til brukere med behov for rehabilitering. Det oppleves ikke som vanskelig å skaffe koordinatører til individuelle planer. Små kommuner har bedre oversikt over egne tilbud og behov, og mangler kompetanse for å tilbyde et bredt og godt rehabiliteringstilbud.

Store kommuner har enklere tilgang til kompetanse, og har utfordringer med at holde oversikt over rehabiliteringstilbudet. Kommunene har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er store forskjeller i hvordan samarbeidet er løst. Noen kommuner har formelle samarbeidsavtaler, og faste møtepunkt. I andre kommuner er kontakten knyttet til enkeltsaker. Kommuner med størst grad av rutiner og formalisert samarbeid er mest fornøyd med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011:7-13).

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten (2011-2012:7-13) viser at kommunene har utfordringer med å tilby opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening i daglige aktiviteter. Spesialisthelsetjenesten mangler viten om tjenestene kommunen kan tilby. Kommunene mangler kompetanse eller kapasitet til å følge opp tiltak anbefalt av spesialisthelsetjenesten. Individuell plan oppleves som et godt verktøy for samarbeid, men brukes i begrenset grad. Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet, men en femtedel av kommunene har ikke opprettet en slik enhet.

Oppsummering:

Slagrammede ser t til å ha en større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter og redusert risiko for forverring om de mottar terapeutiske tjenester i hjemmet. Kommunenes rehabiliteringstilbud er oftest organisert internt. Fysioterapeuter og ergoterapeuter inngår i tilbudet. Få kommuner gjør bruk av ambulante team. Kommunene har utfordringer med å tilby opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening i daglige aktiviteter. Individuell plan benyttes, men i begrenset grad. Kommunene mangler kompetanse eller kapasitet til å følge opp tiltak fra spesialisthelsetjenesten.

1.2.2 Iverksetting av kliniske retningslinjer

Davis og Taylor-Vasey (1997) konkluderer med at der er alvorlige mangler i implementeringen av kliniske retningslinjer i praksis. Følgende faktorer forventes å påvirke iverksettingen av kliniske retningslinjer: kvalitet på retningslinjer, den profesjonelle målgruppe, pasientgruppen, sosial setting, økonomisk/ administrativ/ organisatorisk kontekst, metode og strategier.

Ifølge Grimshaw mfl. (2004) er der utilstrekkelig bevis for hvilke strategier til utbredelse og iverksetting av kliniske retningslinjer som er effektive under forskjellige omstendigheter. Beslutningstakere må bruke eget skjønn til at vurdere det kliniske område, forventede fordeler, omkostninger knyttet til iverksettingen, og om dette vil endre de profesjonelles adferd. Ytterligere forskning behøves for å forstå: helseprofesjonelles og organisasjoners adferd, atferdsendring knyttet til informasjon omkring valg av tiltak i forsknings- og praksissammenhenger, vurdering av effektivitet av utbredelses- og iverksettingsstrategier i sammenheng med barrierer og begrensende faktorer.

Francke mfl. (2008:8-38) konkluderer med at kliniske retningslinjer som er lettfattelige og tilgjengelige for utprøving, har størst sjanse for å bli brukt. Retningslinjene må gjøres kjent for personalet. En hovedårsak til at man ikke følger retningslinjene er at man ikke vet at de eksisterer, eller er kjent med innholdet. Retningslinjer som har et evidensbasert forskningsgrunnlag har større gjennomslagskraft blant de ansatte. Retningslinjer som er utarbeidet av personer som selv må følge dem, har størst sjanse for å lykkes med iverksettingen. Gruppen som utvikler retningslinjene bør være tverrfaglig sammensatt av personer med forskjellig, men relevant helsebakgrunn. Anvendelse av multiple strategier for implementering av retningslinjer er mer effektivt enn single (Francke mfl., 2008:8-38).

Oppsummering

Der er mangler i iverksetting av kliniske retningslinjer i praksis. Kvalitet på retningslinjer, den profesjonelle målgruppe, pasientgruppen, sosial setting, økonomisk/ administrativ/ organisatorisk kontekst, metode og strategier forventes å påvirke iverksettingen. Der er utilstrekkelig bevis for hva der er effektive strategier til utbredelse og iverksetting av retningslinjene. Multiple iverksettingsstrategier er mer effektive enn single. Lettfattelige, evidensbaserte retningslinjer, der er tilgjengelige for utprøving, har størst sjanse for å bli brukt.

1.2.3 Faglig relevans av eget studie

Med studiet mitt ønsker jeg å avklare om, og i hvilken grad kommunene i Sogn og Fjordane har klart å iverksette de Nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering av hjerneslag, samt undersøke hvilke faktorer som bidrar til at kommunal praksis er i tråd med anbefalingene i retningslinjene. Dette kan være relevant å undersøke fordi slagrammede er en stor og

krevene brukergruppe. Slagrehabilitering i hjemmet er et fenomen som blir aktualisert i og med at ansvaret for en stor del av rehabiliteringen er blitt kommunalt ansvar på grunn av den nye ansvarsfordelingen i Samhandlingsreformen (St.meld.47, 2008-2009:26-32). I tillegg har man begrenset viten om i hvilken grad rehabilitering tilbys i hjemmet. Dessuten vet vi fra tidligere forskning, at det at utvikle faglige retningslinjer ikke nødvendigvis fører til den ønskede endring av praksis.

1.3 Avgrensning og problemstilling

I St.meld. 47, Samhandlingsreformen (2008-2009:13-19) rettes der fokus på nuværende og framtidige utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Der pekes på behovet for å klargjøre kommunenes og spesialisthelsetjenestens rolle på rehabiliteringsfeltet. Den forventede veksten i helse- og omsorgstjenesten skal i størst mulig grad finne sted i kommunene. Tjenester skal fokusere på brukers behov for koordinerte tjenester og ta hensyn til de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Gode og helhetlige pasientforløp skal være felles referanseramme for aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkning skal prege systemer og tjenester. Tjenestene skal bidra til mestring og/eller gjenopprette funksjoner i størst mulig grad (Helsedirektoratet 2009:14).

Ifølge Bredland, Linge og Vik (2011:7 og 18) kan verdigrunnlaget i Samhandlingsreformen kan hevdes å ha mye til felles med rehabilitering. Idet kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon og mestring slik at pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innen for beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Tverrfaglig samhandling trekkes fram som løsningsstrategi i forhold til utfordringene helsesektoren står overfor (Bredland mfl., 2011:7 og 18).

Jeg vil i dette studiet fokusere på voksne brukere med hjerneslag i eget hjem. Min fremstilling vil omhandle iverksetting av Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag utgitt i 2010. Fokus vil være på iverksettingsfasene som angår lokal planlegging, realisering, og eventuelt evaluering. Tilbakeføring av erfaringer forventer jeg ikke å fokusere nevneverdig på. Fokus på læringsperspektivet vil derfor være begrenset, og læringsteori nevnes derfor ikke i dette mastergradsarbeidet.

Studiets problemstilling er todelt

- *I hvilken grad har kommunene i Sogn og Fjordane iverksatt de nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag?*
- *Hvilke faktorer bidrar til at en kommunes praksis knyttet til rehabilitering av slagrammede i eget hjem er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer?*

1.4 Sentrale begrep

Rehabilitering: Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (St.meldn. Nr. 21 1998-1999:10).

Bruker: En person som mottar flere tjenester som en del av en rehabiliteringsprosess (Normann m.fl., 2008, s. 23-24). I denne oppgave referer det til brukere med hjerneslag.

Hjerneslag: En plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død”. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkter, hjerneblødninger og hjernehinneblødninger (Helsedirektoratet 2010:8).

Funksjonshemmede: Mennesker som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav (NOU –«Fra bruker til borger», 2001:22).

Tverrfaglig samarbeid: forstås i denne studie synonymt med tverrprofesjonelt samarbeid, som er karakterisert av at flere faggrupper arbeider tett sammen og tar felles avgjørelser. Gjennom diskusjon og refleksjon utvikles der en merkunnskap som er en sammensmeltning av de ulike fagpersoners sine bidrag. Deltakerne representerer det tverrfaglige team, og ikke bare sin egen faggruppe.

Individuell plan: Ordningen med individuell plan består av a) tildeling av en koordinator, b) en kartlegging av behov, ressurser og ønsker, c) utarbeiding av et plandokument, d) oppfølging/evaluering/revidering av planen (Helsedirektoratet, 2010: 18).

Koordinator: Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator, uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011).

Koordinerende enhet: Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011).

1.5 Disposisjon

Kapittel 2 er teorikapittelet, her presenteres først teori omkring rehabilitering som begrep og prosess, deretter gjøres der greie for begrepet funksjonshemming. Teori om rehabilitering og funksjonshemming skal bidra til forståelse av fagfelt og bruker. Så følger teori om tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team og kliniske mikrosystem. Dette skal bidra til at forstå funksjonene til og betydningen av de tverrfaglige team i kommunene. Deretter presenteres teori knyttet til iverksetting av kliniske retningslinjer. Kapittel 3, metodekapittelet, beskriver design og metodiske valg for datainnsamling. Etske utfordringer, validitet og reliabilitet blir gjennomgått. Så presenteres den anvendte analysemodell. Kapittel 4 presenterer og sammenlikner funn. Kapittel 5, er analysekapittelet. Her analyseres, sammenliknes og diskuteres funn utfra teori. I kapittel 6, kommer jeg til konklusjon og perspektiv. Her svarer jeg på problemstillingen. Avslutningsvis skisseres hvilke perspektiver dette kan åpne for og tanker knyttet til fremtidige utfordringer.

KAPITTEL 2 - TEORI

I dette kapittel presenteres først teori omkring rehabilitering. Deretter gjøres der greie for begrepet funksjonshemming. Teoriene skal bidra til forståelse av rehabiliteringsfeltet, den faglige tilnærming og synet på bruker. Så følger teori om tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team. Dette skal belyse funksjonene til, og betydningen av tverrfaglige team i kommune. Dernest introduseres teori om iverksetting av kliniske retningslinjer, der skal klarlegge hva iverksetting av kliniske retningslinjer er, og faktorene som innvirker på en slik prosess. Avslutningsvis belyses kliniske mikrosystem, dette for at forstå enhetene som skal iverksette praksisendringene i kommunene.

2.1 Rehabilitering

I denne del vil jeg belyse rehabilitering som begrep og prosess. Dette skal bidra til å gi en forståelse av den faglige tilnærming til slagrammede bruker med behov for rehabiliteringstjenester. Fagpersonenes forståelse av rehabiliteringsbegrepet og tilnærming til rehabiliteringsprosesser kan være en relevant faktor som kan influere på om den kommunale praksis er i tråd med anbefalingene i retningslinjene.

2.1.1 Rehabiliteringsbegrepet

Der er flere ulike definisjoner av rehabilitering. I St.meld. Nr. 21. (1998-199) Ansvar og mestring, Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk (rehabiliteringsmeldingen) defineres rehabilitering som: «*Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*». (St.meldn. Nr. 21. 1998-1999, s. 10).

I rehabiliteringsmeldingen forstås rehabilitering som en tidsavgrenset prosess som favner en lang rekke livsområder og involverer en bredt sammensatt gruppe av helse- og sosialfaglige aktører. Samordningen av fagpersonenes profesjonelle innsats blir derfor sentral. Ytterligere legges der vekt på brukermedvirkning. Det er viktig å utvikle tjenester som plasserer den slagrammede bruker i førersetet under sin egen rehabiliteringsprosess (Solvang og Slettebø, 2012: 16). Understrekingen av at rehabilitering skal være tidsavgrenset, er tidvis blitt kritisert, idet mange brukere opplever rehabilitering som en livslang prosess (Solvang og Slettebø, 2012: 16).

Rehabiliteringsmeldingen retter fokus på deltakelsesprinsippet innenfor rehabilitering. Idet rehabilitering ikke kun skal begrenses til opptrening, men rette seg mot optimal selvstendighet og deltakelse sosialt og samfunnet. Målet om sosial og samfunnsmessig deltakelse kan ses som en viktig begrunnelse i rehabiliteringsmeldingen om å styrke kommunenes rolle i rehabiliteringsarbeidet. For mange mennesker med hjerneslag er sosial deltakelse et viktig område å fokusere på. Sosial deltakelse kan ses som kontakt og samspill med andre mennesker i ulike typer fellesskap. Utvikling av vennskap, kjærighet, læring, opplevelser, adspredelser, moro og utfordringer kan være eksempler på dette (Normann mfl., 2008, s. 48-51).

Rehabiliteringstjenester består av en rekke faggrupper og tjenester som samarbeider om å bistå/hjelpe individet i en omstillingsprosess. Tjenestene brukeren har behov for kan være av ulik art. (Normann mfl., 2008:37-40) . Verdens Helseorganisasjon sin definisjon av rehabilitering kan sies å understøtte en slik bred forståelse av rehabiliteringsbegrepet. Idet man har valgt følgende definisjon: «*Bruk av alle midler med det formål å redusere effekten av funksjonsinnskrenkende og funksjonshemmende tilstander og forhold, samt muliggjøre at mennesker med funksjonshemming oppnår optimal sosial integrering*» (Gutenbrunner mfl., 2011: 12).

Ifølge Normann mfl. (2008:93-94) er der forskjell mellom rehabilitering og behandling. Behandling utføres av helsefaglige profesjoner, mens rehabilitering også favner tiltak som også kan gjennomføres av andre faggrupper. Rehabilitering kan ses som noe mer enn behandling, men grensene kan ofte være uklare. Ved rehabilitering fokuseres der på funksjonsforbedring med fokus på den enkeltes ressurser, og på en helhetlig tverrfaglig tilnærming. Medisinsk diagnose, prognose og behandling kan være viktige forutsetninger for den slagrammedes rehabiliteringsprosess. Medisinsk rehabilitering vil være et av flere bidrag som kan inngå i et helhetlig rehabiliteringstilbud. Rehabilitering forstås som å bistå brukeren til å mestre funksjonsproblemene sine med tanke på aktivitet og deltaking (Nordmann mfl., 2008: 93-94).

Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp.nr 1, 2007-2008) er skeptiske til et skarpt skille mellom rehabilitering og behandling. Her pekes det på at dette uavklarte forholdet og eventuelle distanse mellom fagmiljøene kan få negativ innvirkning på

rehabiliteringsprosessen. Behandling bør i stedet ses som et av mange mulige tiltak i rehabiliteringsprosessen.

Rehabilitering kan også avgrense seg og mot pleie og omsorgsvirksomhet, blant annet gjennom brukerens målsetninger og fokus på dennes egen styring og innsats (Bredland mfl., 2011: 32-33). Ifølge Sandvin mfl.(2008:95-98) er omsorg og pleie begreper som betegner trekk eller kvaliteter ved relasjonen mellom den som gir (sykepleier) og den slagrammede bruker som mottakeren av pleien og omsorgen. Pleie er oftest en konkret handling, mens omsorg derimot kan beskrives som prosesser der primært handler om det som skjer i møtet mellom bruker og sykepleier. Målet med pleie og omsorg er ikke nødvendigvis den slagrammedes optimale selvstendighet og deltakelse, som det er i rehabilitering. Målet er ofte gi trygghet og avlaste bruker fra plager og ubehag. Tjenesten sykepleieren yter kan være trening, opplæring, veiledning, pleie eller omsorg. Dette er ikke i seg selv rehabilitering men kan inngå som tjenester i den slagrammedes brukers rehabiliteringsprosess. Rehabilitering skal være tidsavgrenset. Pleie og omsorg kan være tidsavgrenset, men ikke nødvendigvis. Rehabilitering erstatter ikke pleie og omsorg. Rehabilitering samler og koordinerer de ulike tiltakene i en målrettet prosess, inkludert pleie og/eller omsorg om det er nødvendig (Sandvin mfl., 2008:95-98).

Rehabilitering kan altså ses som en prosess og ikke enkeltstående tiltak. Når flere tiltak og aktører samarbeider på en planlagt måte kan det defineres som rehabiliteringstiltak. Rehabilitering forutsetter en plan for den enkelte bruker, en sentral og aktiv bruker og konkrete målsetninger for rehabiliteringsprosessen (St.meldn. Nr. 21. 1998-1999:10).

2.1.2 Rehabilitering som prosess

Man kan si at rehabilitering er definert som en konkret, tidsbestemt og individuell prosess, som på en helhetlig måte skal inneholde de tverrfaglige tjenestene en bruker trenger for å realisere sine individuelle mål (Normann mfl., 2008:32-41).

Ifølge Solvang og Slettebø (2012:18) er rehabilitering et begrep som omfatter et knippe av sosiale, psykologiske og biologiske prosesser der en minste fellesnevner er en skade og en påfølgende prosess som leder fram til en tilstand der denne nye situasjonen håndteres. Denne prosessen dreier seg både om individets muligheter og om de mulighetene som ligger i endring og tilrettelegging av sosiale og fysiske omgivelser (Solvang og Slettebø, 2012:18).

Fokuset på individuelle behov innebærer at rehabiliteringsprosessen må tilpasses hver ny bruker. Brukere av rehabilitering vil ofte veksle mellom behov for bistand fra ulike fagområder/profesjoner i løpet av sin rehabilitering, og man kan stille spørsmål ved om man kan definere rehabilitering som et fag (Normann m.fl 2008:80). Et fag betegner ofte et område med et mer ensartet kunnskapsgrunnlag enn det man kan si at rehabiliteringsfeltet har. Ingen faggruppe/profesjon kan påberope seg enerett på rehabiliteringskunnskap. Rehabilitering kan ses som et tverrfaglig arbeidsfelt der ulike faggrupper og etater arbeider sammen ut fra en felles målsetning (brukerens mål) og kunnskap om rehabilitering samtidig som de anvender hver sin fagspesifikke kunnskap (Normann mfl., 2008, s.74-81).

Rehabilitering retter seg altså mot enkeltindividet. Den slagrammedes egne definerte mål og behov ses derfor som sentrale for tjenestene som tilbys. Brukere med tilsynelatende like behov kan vise seg å ha behov for svært ulik støtte i sin prosess fra ulike faggrupper. For å få til et helhetlig rehabiliteringstilbud bør man fokusere på individuelle mål som skal føre brukeren fram til ulike resultater. Det bør ikke være diagnoser som avgjør behovet for rehabiliteringstjenester, men hvilke mål og forutsetninger den enkeltes totale sammensatte situasjon tilsier er ønskede og riktige tjenester (St.prp.nr 1 2007-2008).

Rehabilitering kan ses en individuell prosess. Denne tankegangen har resultert i at rehabiliteringsprosessen er en modell rehabiliteringsfeltet bruker for å organisere arbeidet sitt på en planmessig måte. Prosessens detaljer vil være ulik for alle brukere, men det er fellestrekk som vil være tilstede i de individuelle prosessene.

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011:7) vurderes følgende elementer som vesentlige i rehabiliteringsprosesser:

- Rehabiliteringsprosesser må planlegges utfra brukerens individuelle behov. Bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper vurderes som nødvendig, men den beste rehabilitering er i prinsippet den brukeren selv tar ansvar for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser med et klart mål (brukerens sitt mål). Prosessen er tidsavgrenset. For mange brukere pågår prosessen i perioder over lang tid, og for noen i perioder resten av deres liv.

2.2 Funksjonshemming

Under dette punktet vil jeg belyse begrepet funksjonshemming og relatere dette til brukere med hjerneslag. Ifølge Grue (2004: 101-102) er forståelsen av funksjonshemming, og hvem som ses som funksjonshemmet avhengig av konteksten begrepet anvendes innenfor. Ulike fagpersoner og profesjoner kan derfor forstå funksjonshemming forskjellig, og ha en ulik oppfatning av hvilke mål og tiltak som vil tjene brukeren og dennes rehabiliteringsprosess best. Slike oppfatninger kan være forankret i profesjonell og kommunal praksis og strukturer og dermed virke inn på den lokale rehabiliteringspraksis (Grue, 2004:101-102).

Der finnes altså ingen funksjonshemming, ingen funksjonshemmede, utenfor avgrensede sosiale og kulturelle konstruksjoner: det finnes ingen holdninger til funksjonshemming utenfor et nett av samfunnsmessige referanser og konstruksjoner. Funksjonshemming har ikke alltid blitt betraktet på den samme måten (Grue, 2004:6).

Man kan hevde at forståelsen av funksjonshemming i norske offentlige dokument siden siste del av 1960 – åra, i stigende grad har lagt vekt på forhold utenfor individet. I NOU –«Fra bruker til borger» (2001:22) defineres funksjonshemmet som:

”De som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav”.

Grue (2004:198) sier at man i definisjonen «Fra bruker til borger» introduserer et nytt begrep ”funksjonsnedsettelse” og relaterer det til tap av, skade på, eller avvik i en kroppsdel, eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner.

Hjerneslag oppleves av slagrammede som en plutselig og overveldende katastrofe, en fundamental livsendring som fjerner personen fra hverdagen og presser han/hun inn i en ny og fremmed eksistens. Hjerneslag forandrer den enkelte persons liv og har en signifikant innflytelse på følelser, personlighet, evner, aktiviteter, roller og sosiale relasjoner (Salter mfl., 2008:597). Utfra dette syn på hjerneslag, kan det antas av et hjerneslag ofte vil medføre en funksjonshemming eller funksjonsnedsettelse i en eller annen grad.

Bredland mfl., (2011: 158-175) deler mennesker som har behov for rehabilitering inn i to hovedgrupper, og inndeler disse i undergrupper:

1. Forandringer ved selve personen: medisinske, fysiske, psykiske (indre forandringer):
 - a. Personen har et brått fall i funksjonsnivået, med mulighet til å gjenvinne full funksjon.
 - b. Personen har et brått fall i funksjonsnivået, uten mulighet til å gjenvinne full funksjon.
 - c. Personen har et langsomt fall i funksjonsnivået som følge av kroniske eller progredierende sykdommer/lidelser

2. Forandringer i miljøet (ytre forandringer):
 - a. Personen opplever forandringer i sitt fysiske miljø.
 - b. Personen opplever psykososiale forandringer.

Mennesker som nylig har fått et hjerneslag med følgende funksjonshemming, vil primært falle inn under hovedgruppe 1. Det vil være individuelt fra bruker til bruker om de har mulighet for å gjenvinne full funksjon eller ikke. Personens funksjonsnivå kan med tiden bli gradvis verre og medføre behov for rehabilitering. Dette kan eksempelvis skyldes/forsterkes av at brukeren ikke stimuleres til å bruke ressursene sine i dagliglivets aktiviteter og/eller i sosiale sammenhenger. Enkelte brukere med hjerneslag vil og kunne falle inn under hovedgruppe to, som består av mennesker som trenger rehabilitering primært på grunn av forandringer miljøet rundt dem. Det kan oppstå psykososiale forandringer i miljøet eksempelvis ved tap av en ektefelle, når ektefellen har vært den som har bistått brukeren til å kunne klare seg uten kommunale rehabiliteringstjenester.

Slagrammede med redusert funksjonsevne kan antas å leve i spenningsfeltet mellom en medisinsk og en sosial forståelse av funksjonshemming. De to tradisjonene symboliserer vidt forskjellige forklaringsmodeller (Grue, 2004: 101-102).

2.2.1 Medisinsk modell

Denne modell har i store deler av det 20 århundre vært den førende forståelsesrammen for begrepet funksjonshemming. Funksjonshemming knyttes her til enkeltindividet og dennes individuelle forutsetninger for å fungere i samfunnet. Normalitet defineres, og avvik fra normalen defineres som avvik. Tiltak rettes derfor mot den funksjonshemmedes tilpasning til de eksisterende rammebetingelser og krav i samfunnet (Grue, 2004, s. 101-131).

Forenklet kan man hevde den medisinske tilnærming til funksjonshemning vil fokusere på kroppslige skader og avvik, og prøve å minimere funksjonshemmingen ved kroppslige inngrep/tiltak, kirurgi og langvarig gjenopptrening (Solvang og Slettebø, 2012: 86).

Modellen kan illustreres gjennom klassifikasjonssystemet The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) som Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i 1980. Systemet bygger på en nivåtenkning, og ser på konsekvensene av sykdom og funksjonshemning (Grue 2004:101 - 104). Impairment (organsvikt) sier ikke noe om årsak, men illustrerer et tap av funksjon eller anormalitet fra en (statistisk) norm. Disability viser til funksjonssvikt relatert til organsvikt (impairment). Konsekvensen er en begrensning eller mangel på evne til å kunne utføre "vanlige aktiviteter" (i statistisk forstand). Handicap (rollebegrensning) dreier seg om hvordan man kan utfylle roller som ville kunne være normale for personen ut fra alder, kjønn og sosiale-/kulturelle faktorer. Organsvikten leder til funksjonssvikt som igjen fører til handicap (Grue, 2004:102 - 103).

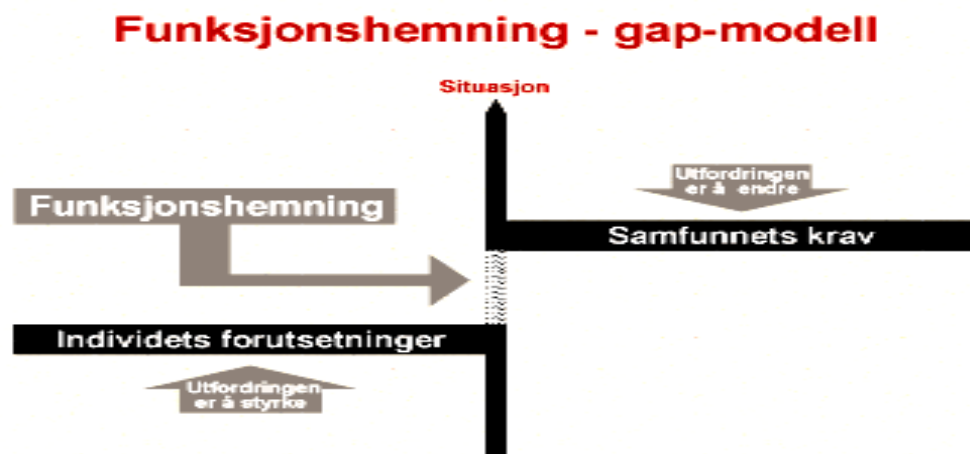
For å imøtegå kritikken av ICIDH endret WHO i 2001 klassifikasjonssystemet, og introduserte et nytt system kallet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Målet med denne forklaringsmodellen var å gjenkjenne konsekvenser knyttet til ulike helsemessige forhold i forskjellige sosiale sammenhenger. Man ville i større grad fokusere på barrierer i miljøet, bruk av hjelpemidler og tilpasning av omgivelsene. På individnivå skjelves det i ICF mellom "funksjon og funksjonshemning" og "kontekstuelle forhold". Et formål var å gi en samlet forståelse av ulike dimensjoner, relatert til helse ut fra et biologisk og sosialt nivå, gjennom en "biopsykososial forklaringsmodell" (Grue, 2004:104 - 105).

2.2.2 Den sosiale modellen

Den sosiale modellen oppstod på 1960-tallet som en motsetning til den medisinske forklaringsmodellen, og ble utviklet gjennom sosialpolitiske bevegelser, forskere og aktivister som selv var funksjonshemmede. I modellen anses funksjonshemning som en form for sosial undertrykkelse. Man mener at den medisinske modellen i for stor grad vektlegger diagnoser, og legger skylden for funksjonshemning på personen. Det er sosiale og fysiske barrierer på grunn av manglende samfunnsmessig tilrettelegging på viktige livsarenaer, der bidrar til sosial utestenging framfor individets funksjonshemning (Grue 2004:113 - 115).

2.2.3 Den relasjonelle modellen

I St.meld nr. 40 (2002-2003: 8-10): Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer forslås en relasjonell forklaringsmodell av funksjonshemning. Den kan ses som et forsøk på å forene den medisinske- og sosiale modell. Den relasjonelle tilnærming tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne og kravene som både fysiske og sosiale omgivelser stiller til individet på ulike livsarenaer i forskjellige livsfaser. Nedsatt funksjonsevne defineres som tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet, idet de i mange enkelt situasjoner ikke er funksjonshemmet. Man hevder at funksjonshemming kan oppstå når der er et gap mellom individets forutsetninger og samfunnets utforming eller krav. Denne tilnærming kan illustreres ved Gap – modellen i figuren under.



St. meldning nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

I Gap - modellen skilles mellom det individuelle og det relasjonelle. Man skiller mellom individets funksjonsnivå og vansker med å utføre visse aktiviteter, og relasjonen mellom personen og det miljøet/samfunnet de lever i. En annen skillelinje går mellom funksjonsnedsettingen som biologisk fenomen som refererer til kroppen eller kroppsdeles funksjoner, og det relasjonelle som viser til individet sine miljømessige faktorer. Målet er å styrke individet sine forutsetninger, og endre samfunnets krav for å sikre en best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltaking sosialt og i samfunnet (Arbeidsdepartementet, 2002-2003: 8 – 10).

Den medisinske- og sosiale modellen kan oppfattes som diametrale motsetninger. Uti fra den sosiale modellen kan man hevde at en slagrammet ikke trenger rehabilitering, men at det er samfunnet som må legges til rette. Sett ut fra den medisinske modellen, kan man påstå at skylden for funksjonshemmingen i stor grad ligger den slagrammede. Verken den medisinske- eller sosiale modellen kan alene forklare eller løse de komplekse utfordringer/ problemer slagrammede møter i dagligdagen Funksjonshemming og rehabilitering kan derfor med fordel forstås i et relasjonelt perspektiv. Både individuelle tiltak knyttet til gjenvinning av tapte funksjoner så som: trening, stimulering og bistand, og ulike former for tilrettelegging av omgivelsene ses som nødvendige for å få til et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud til den slagrammede (Arbeidsdepartementet, 2002-2003: 8 – 10).

2.3 Tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid

Først belyses tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid knyttet til rehabilitering. Deretter settes fokus på det tverrfaglige team, settingen hvor det tverrfaglige samarbeidet og praksis blir til og utleves.

I retningslinjene vektlegges tverrfaglig samarbeid som et viktig og nødvendig element i rehabiliteringsprosesser som inkluderer hjemmeboende brukere med hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010:97). Her refereres til forskning som viser at hjemmeboende brukere som nylig har hatt hjerneslag har større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter om de mottar tverrprofesjonelle tjenester i hjemmet (Legg mfl., 2003: 2 og 35). Det kan derfor ses som relevant at belyse tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid, idet dette kan forventes at være en fremmende faktor for at den kommunale praksis er i tråd med retningslinjene.

Om man skal prøve å forstå begrepet tverrprofesjonalitet i rehabilitering, kan der være relevant først å avklare hvordan man kan forstå begrepet profesjon (Solvang og Slettebø: 2012:252). Profesjon er en type yrkesmessig organisering av arbeid. Personer med en viss utdanning gis retten til å utføre bestemte arbeidsoppgaver, og til å gjøre det mer eller mindre autonomt. Til grunn for dette er anerkjennelsen av oppgavens samfunnsmessige betydning og karakter. Det politiske fellesskapet har tillit til at yrkesgruppen, i kraft av dennes kompetanse, vil gruppen kunne ivareta oppgaver av allmenn interesse. Samt at profesjonen

som sammenslutning vil kunne garantere at disse oppgaver blir utført i henhold til standarder for god yrkesutøvelse (Molander og Terum, 2008: 20).

Ifølge Solvang og Slettebø (2012:252) er en profesjons kunnskapsbase satt sammen av vitenskapelig kunnskap fra flere fagfelter og praktisk kunnskap. Sammenhenger mellom de forskjellige kunnskapselementene dannes gjennom profesjonens praksis. Det er krav til yrkesutøvelse som medvirker til at der skapes meningsfylte forbindelser mellom de forskjellige elementene i yrkesutøvelsen, ikke en omfattende teori. Hensikten med de profesjonelles arbeid er grunnlaget for at profesjonens kunnskapsbase utgjør en enhet (Solvang og Slettebø, 2012:253).

Om man antar at hver profesjons kunnskapsbase er sammensatt av kunnskap fra og forbindelser mellom flere fagfelter og praksis, kan dette gi grunnlag for å anvende benevnelsen tverrprofesjonell om relasjoner mellom slike sammensatte kunnskapsbaser. Forstavelsen «tverr» viser til typer av slike forbindelser som kan dannes når aktører fra flere profesjoner arbeider tett sammen om felles oppgaver og med samme mål (Solvang og Slettebø, 2012:253).

I Norge anvendes begrepene tverrprofesjonelt- og tverrfaglig samarbeid ofte synonymt. Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen. De er engasjert i felles beslutninger, noe som innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter. Gjennom diskusjon og refleksjon utvikler deltakerne i fellesskap en ny viten, en slags ”merviten” som er en syntese av deres ulike bidrag. Deltakerne representerer den tverrprofesjonelle teams synspunkter og ikke bare sin egen yrkesgruppe og/eller tjeneste (Willumsen, 2009:21-22). Ifølge Willumsen (2009:21) kan tverrprofesjonelt samarbeid antas at ligge tett opp mot det engelskspråklige begrepet Interprofessional collaboration som indikerer tett interaksjon og sammensmelting av idéer og aktiviteter mellom ulike samarbeidspartnere.

Ifølge Bredland, Linge og Vik (2011:55) kan tverrfaglig samarbeid forstås som et samarbeid mellom ulike profesjoner om brukerens mål. Bredland, Linge og Vik (2011:241) sier videre at tverrfaglig samarbeid betyr at kommunen må sørge for at det finnes ulik fagkompetanse. Det må tilrettelegges for samarbeid gjennom samarbeidsavtaler og rutiner. Barrierer mellom etater

og enheter må bygges ned på organisasjonsnivå. Fagpersonene må få mulighet til å ha en bred kontaktflate og et nettverk av interne og eksterne samarbeidspartnere de kan spille på lag med. Kommunen må bygge opp en kultur som verdsetter ulikhet og mangfold, og som baserer samarbeid på likeverd, gjensidighet og respekt (Bredland, Linge og Vik, 2011:241-242).

Solvang og Slettebø (2012:253) henviser til Reeves mfl. (2010) og Goldmann mfl.(2009), når de skriver at der internasjonalt ikke er noen entydig bruk av begrepene tverrprofesjonell og tverrfaglig samarbeid. På bakgrunn av at begrepene har mange fellestrekk og ofte anvendes synonymt i Norge, vil de også bli forstått synonymt i denne fremstilling.

Solvang og Slettebø (2012: 254) henviser til Biering-Sørensen (2008) når de skriver, at de sammensatte problemstillinger innen rehabilitering gjør at flere perspektiver er nødvendige for å oppnå gode resultater (Solvang og Slettebø, 2012: 254). Man kan hevde at en tverrprofesjonell tilnærming er viktig for å tilby slagrammede et faglig godt og individuelt rehabiliteringstilbud. I den systematiske oversikten «Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home» konkluderer man med at mennesker som nylig har hatt hjerneslag har større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter om de mottar tverrprofesjonelle tjenester i hjemmet (Legg mfl., 2003: 2 og 35).

Som nevnt kan det anvendes flere begrep til å beskrive samarbeidet mellom de ulike faggruppene i en rehabiliteringsprosess. Når jeg foretok de empiriske undersøkelser valgte jeg å anvende begrepet tverrfaglig samarbeid. Idet jeg hadde en forventning om dette ville være et gjenkjennelig begrep, som kunne bidra til refleksjon. Dessuten anvendes dette begrepet i den definisjonen av rehabilitering, der benyttes i denne framstilling. Derfor vil tverrfaglig samarbeid bli anvendt i det videre mastergradsarbeid når der henvises til dette fenomenet.

2.3.1 Det tverrfaglige team

Ifølge Larsen (2007:13) består et team av mennesker som ut fra sin forskjellige kompetanse samarbeider mot et felles mål. Målet vil ofte være av faglig karakter innenfor en yrkesmessig ramme. Et team vil oftest operere innen for en organisasjonsmessig kontekst eller et sosialt system som har etablert eller utpekt teamet, og vil derfor stå til regnskap overfor dette. Willumsen (2009:39) knytter teamarbeid til personer som har en spesiell ekspertise, deler arbeidsoppgaver og samarbeider for at oppnå et felles mål. Teamarbeid kan inkludere samarbeid mellom profesjonelle, samt mellom profesjonell(e) og bruker(e). Ifølge Lauvås og

Lauvås (2004:211) kan tverrfaglige team ha potensiale til at kombinere teori, kunnskap og metoder som de enkelte fagpersoner ikke får til alene. Utveksling av informasjon er nødvendig i et tverrfaglig team fordi rehabilitering er en tverrfaglig prosess, som handler om samarbeid og koordinering mellom brukere, pårørende og fagpersonene i det tverrfaglige teamet (Normann et.al., 2008:40).

Ifølge Solvang og Slettebø (2012:254) kan tverrfaglig samarbeid hevdes å grense opp imot flerprofesjonelt og transprofesjonelt samarbeid. Flerprofesjonell samarbeid kan ses som en mindre integrerende arbeidsform enn tverrfaglig samarbeid. Flerprofesjonell betyr at profesjonelle arbeider selvstendig med felles oppgaver eller utveksler informasjon. Benevnelsen viser til koordineringen av selvstendige bidrag fra ulike profesjoner. Det er selve oppgaven som står i fokus, ikke samarbeidet. Ulike kunnskapsbaser blir anvendt for å ivareta en oppgave, men fagpersonenes aktivitet blir koordinert uten at deres kunnskapsgrunnlag blir bundet sammen. Det er tilstrekkelig for fagpersonene å forstå innholdet i hverandres informasjon (Solvang og Slettebø, 2012:254). Transprofesjonell praksis er en svært integrert og gjennomgripende samarbeidsform. Det innebærer at profesjonelle kan overta oppgaver for hverandre, og ikke bare trenger og bruker hverandres bidrag. Ifølge Payne (2000:9) kan denne arbeidsform medvirke til å gjøre de profesjonelles ansvarsfordeling av oppgaver mer utydelig, og i siste instans kan en se for seg en felles generalistkompetanse. Dette kan bety at deltakerne utvikler og bruker mer sammenfallende kunnskapsbaser, til tross for ulik profesjonsbakgrunn (Solvang og Slettebø, 2012:254).

De profesjonelles kompetanse kan ifølge Willumsen (2009:24-25) oppdeles i følgende: kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse.

Kjernekompetanse: er kompetansen en profesjon har og som de andre ikke har, det vil si den kompetanse som skiller ulike fagpersoner fra hverandre. Kjernekompetansen reflekterer hovedfokus i den enkelte profesjons «fag», det som profesjonen er best på (Willumsen, 2009:24-25). Et eksempel på dette kan være fysioterapeutens kunnskap omkring bevegelse.

Overlappende kompetanse: kompetanse hvor flere fagpersoner, men ikke nødvendigvis alle har samme kompetanse (Willumsen, 2009:25). **Felleskompetanse:** Er kompetanse som er felles faglig kunnskap, eksempelvis verdigrunnlag som utvikles over tid i et samarbeid i form av språk, begreper, ferdigheter etc. en felles integrert kunnskap (Willumsen, 2009:25).

Kompetanse omkring rehabiliteringsfeltet og prosesser kan ses som felleskompetanse.

Spisskompetanse: spesifikk og ofte smal kompetanse, gjerne i form av fordypning i

forbindelse med videreutdanning eller spesialisering utover grunnutdanning. Dette kan være basert på lang erfaring og kompetanse på grunn av praksis på området (Willumsen, 2009:25) Rehabilitering av brukere med hjerneslag kan ses som spisskompetanse.

Samarbeidet i helse- og sosialsektoren er oftest pålagt ut fra relevante formelle rammer og prosedyrer som utløses i enkeltsaker. Samarbeidet er styrt ovenfra og ned og påvirker hvordan de profesjonelle utøver sin deltakelse i eksempelvis teamarbeid (Willumsen, 2009:24). Med hensyn til tjenester, kan det være hensiktsmessig å skille mellom primæroppgaver og fellesoppgaver. Primæroppgaver er oppgavene, som skiller tjenestene fra hverandre. Fellesoppgavene er områdene hvor flere tjenester har et ansvar (Willumsen, 2009:25). Grensene ikke alltid er åpenbare og kan endre seg over tid, så det er viktig å avklare hva som er den enkelte tjenestes primæroppgaver og være tydelig på dette (Willumsen, 2009:25).

I det tverrprofesjonelle samarbeidet bringes alle typene av kompetanse og tjenester inn. Da blir det viktig å synliggjøre grenser og overlappinger for at kunne dra nytte av hverandres bidrag med tanke på den enkelte brukers behov. En slik avklaring vil gjøre det lettere for fagpersonene at se sin egen kompetanse/tjeneste i sammenheng med andres. Dessuten vil det gi mer realistiske forventninger til hverandre. Når deltakerne kjenner hverandres kompetanse og tjenester, kan det også være enklere å forstå og anerkjenne forskjeller som forutsetning for et dynamisk samarbeid (Willumsen, 2009:25-26).

2.3.2 Konsekvenser for ledelse

Tverrfaglig samarbeid kan kreve fasiliterende, myndiggjørende og kommuniserende ledelse. Lederen skal vise interesse, delegerer ansvar, frigi tid til tverrfaglige drøftinger og diskusjoner, være støttende, være en rollemodell for konstruktive måter at kommunisere på og være bevisst om at bidra til at utvikle et trygt læringsklima, der den formelle hierarkiske plassering i organisasjonen er mindre vektlagt (Willumsen, 2009:125-126).

Larsen (2007:38) skriver at lederrollen handler om at være: fullmaktsgiver, tilrettelegger, praktisk administrator, trener, inspirator, katalysator og retningsgiver. En som bidrar til at strukturere samarbeidet i teamet/kommunen. Lederen må prøve å styrke fagpersonene i teamet, og gjøre seg selv mest mulig overflødig.

Det er viktig at lederen er trygg nok til at våge å lade seg utfordre, være lyttende og ha tilstrekkelig god fagkunnskap til at kunne analysere informasjonen. Det kan være en styrke om lederen har en forestilling om hvordan oppgavene skal løses, slik at der skapes en tydelig profil for virksomheten (Willumsen, 2009:125-126).

2.4 Iverksetting av kliniske retningslinjer

Her belyses teori som handler om hvordan man iverksetter faglige retningslinjer i praksis. Dette er relevant fordi det er det studiet mitt omhandler. Teorien omkring iverksetting av faglige retningslinjer er også valgt for at forklare fremmende og hemmende faktorer ved implementering av retningslinjer i en kommune. Dessuten presenteres en modell som beskriver viktige faser ved en slik iverksettingsprosess. Teorien skal tydeliggjøre forskjeller mellom de valgte kommunene, og fremheve faktorer som kan bidra til at forklare hvorfor kommunal praksis er i tråd med retningslinjene.

Faglige retningslinjer kan anses som et viktig hjelpemiddel til å introdusere ny viten og oppnå gode rehabiliteringstjenester til brukene. Retningslinjer oversetter forskningsresultater og kliniske erfaringer til anbefalinger for praksis. De kan være til stor hjelp for helsepersonell og brukere om kvaliteten er høy og retningslinjene blir en del av de kommunale rutiner og den daglige praksis. Kliniske retningslinjer behøver ikke kun å vise til ny forskning, og kan med fordel fokusere på etablering av gode praksisrutiner eller forbedring av eksisterende praksismetoder (Grol mfl., 2005: 2).

For at forstå hva iverksetting av kliniske retningslinjer innebærer, og definere dette henviser Grol mfl. (2005:11) til Onderzoek (1997) som anvender følgende definisjon av iverksetting:

”A planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organisations or in the health care structure” (Grol mfl.,2005:10).

Ifølge Grol mfl.(2005:11) må iverksetting av kliniske retningslinjer foregå som en planlagt prosess og en systematisk innføring. Tiltak bør være vel gjennomtenkte med henblikk på å oppnå implementering av praksisendringen. Strategiene kan rettes mot helsepersonell, brukere eller mot organisatoriske eller strukturelle aspekter ved de kommunale tjenestene.

Informasjon og/eller utdanning kan resultere i økt bevissthet omkring praksisendringen og vil

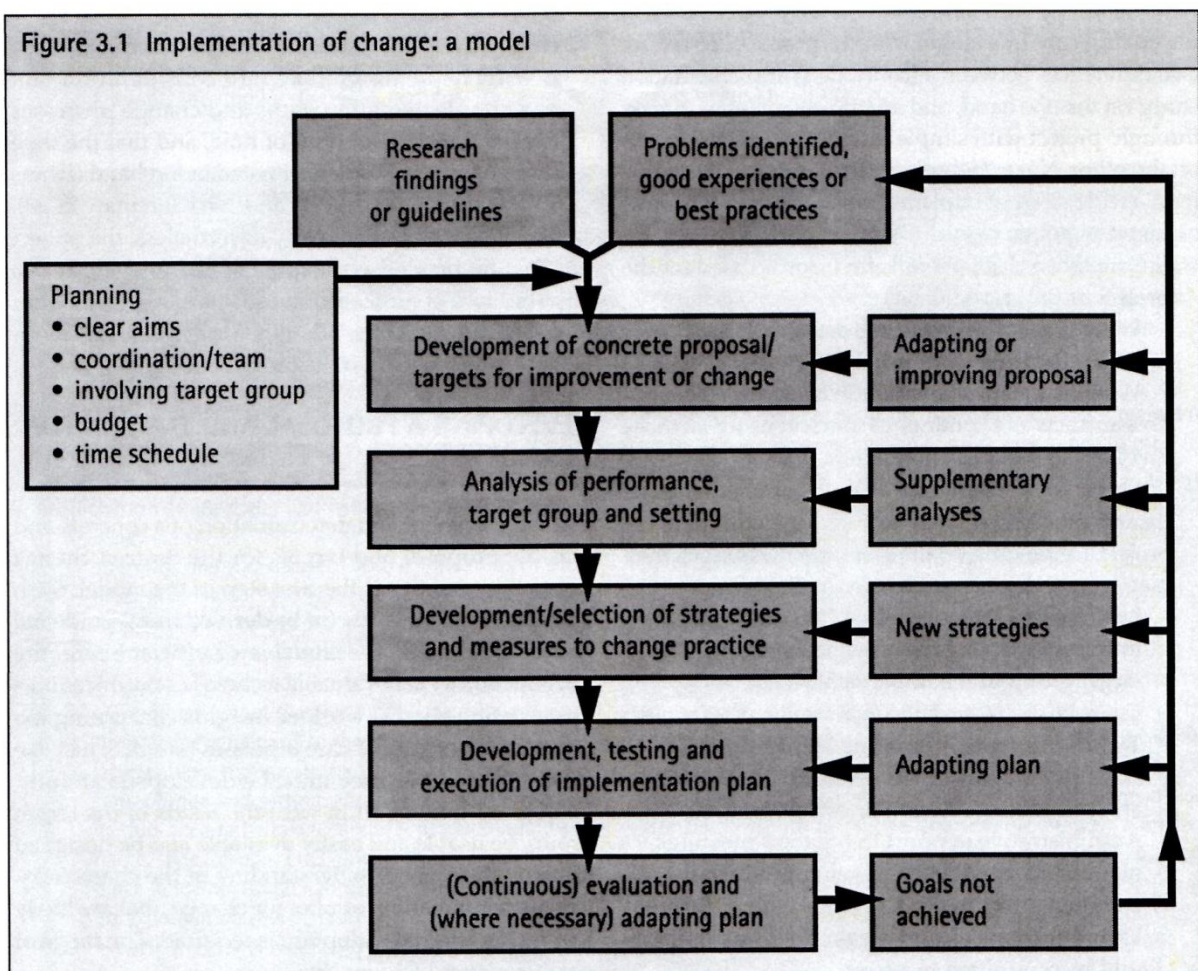
derfor være en viktig betingelse for iverksetting faglige retningslinjer. En iverksetting som skal føre til en kunnskapsbasert praksis og samtidig skal være kostnadsbesparende krever en planlagt prosess, hvor utbredelse, kunnskapsdeling, og holdningsendring tar utgangspunkt i den kommunale kontekst og finner sted før de nye tiltak markedsføres (Grol mfl., 2005:11).

Praksisendringen må være tuftet på kunnskapsbasert praksis. De faglige retningslinjer som introduseres må altså være basert på forskning og/eller kliniske erfaringer. Endringene av praksis må ikke være fullt utviklet. Iverksettingsprosessen kan være et riktig tidspunkt å tilpasse tiltakene i retningslinjene til den enkelte kommunes rutiner og praksis (Grol mfl., 2005:11). Iverksettingen skal føre til en kommunal praksisendring over tid og bli en del av kommunens system, og være rettet mot å øke den faglige kvalitet på rehabiliteringstjenestene til brukeren, og redusere de kommunale kostnadene (Grol mfl., 2005:11).

Ifølge Grol mfl.(2005:16) er det samspillet mellom et stort antall faktorer som bestemmer om en iverksetting av kliniske retningslinjer er suksessfull. Er retningslinjene kunnskapsbaserte, lett forståelige, troverdige, tilpasset behovene til fagpersonene og den kommunale kontekst? Er de forenelige med fagpersonenes faglige verdier og normer. Hvilke faggrupper skal anvende retningslinjene? Hvordan er deres teoretiske og praktiske kunnskap, meninger, holdninger, praksisrutiner? (Grol mfl., 2005:16). Kan de forstås og aksepteres av de kommunale aktører og er de mulige at implementere i det eksisterende system. I følge Grol mfl. (2005:16) spiller brukernes holdninger, viten, adferd, mestringsevne, tilpasningsevne, behov og ønsker også inn. Det er de som vil merke en eventuell praksisendring på kroppen. Vil endringen være forståelig og en forbedring. I henhold til Grol mfl., (2005:16) er den sosiale kontekst viktig. Hvordan er kollegaers holdning, kulturen i de kliniske mikrosystem (tverrfaglige team) eller sosiale nettverk. Hvilke synspunkter har de lokale nøkkelpersoner, og hvilken type av ledelse anvendes i kommunen. Ønsker fagpersoner og ledere endringen, og hvordan håndterer kommunen som organisasjon en slik endring av praksis (Grol mfl., 2005:16). Hvordan er den økonomiske, administrative og organisatoriske kontekst i kommunen. Hvordan influerer denne på praksisrutiner og muligheten for å gjennomføre en praksisendring. Hvilke metoder og strategier for kommunikasjon, utbredelse og iverksetting anvendes, hvordan er intensiteten og varigheten, hvilke aktører er involvert (Grol mfl., 2005:16).

Iverksettingsprosesser startes oftest på grunn av: 1) ny vitenskapelig informasjon som viser at bestemte helsetjenester kan gi bedre virkning for bruker og/eller kan utføres til mindre kostnader, 2) utilfredshet med de eksisterende rutiner. Iverksettingsprosessen kan «angripes» fra forskjellige nivåer. Top-down: kommunen ønsker at planlegge og gjennomføre en praksisendring. Bottom-up: ønsket om endring kommer fra fagpersoner og de tverrfaglige team, der ønsker integrering av nye tiltak innen de faste rutiner (Grol mfl., 2007:42-45).

Ifølge Grol mfl.(2007:45) kan iverksetting av kliniske retningslinjer forstås ved hjelp av følgende modell (se nedenstående figur), som beskriver fasene ved iverksetting av kliniske retningslinjer:



Ifølge modellen til Grol mfl.,(2007:46-56) inkluderer en iverksettingsprosess knyttet til kliniske retningslinjer følgende steg:

Steg 1: Utvikling av forslag og mål for iverksettingen: først utvikles et forslag til og mål for praksisendringen. Retningslinjene bør være av god kvalitet, være tilpasset til målgruppens behov, være anvendelig, lett tilgjengelig og ha en attraktiv utforming (Grol mfl., 2007:46).

Steg 2: Analyse av kommune og målgruppe: her analyseres den kommunale kontekst. Hvilke endringer i rutiner medfører retningslinjene. Hvem ønsker iverksettingen, hvor skal denne finne sted og hva er bakgrunnen for dette. Hvordan er målgruppen satt sammen. Er der undergrupper av den, hvilken fase befinner disse seg i med hensyn til iverksettingen av retningslinjene og den følgende praksisendring: Hvilken tilnærming trengs. Hvilke faktorer er fremmende og hindrende. Innsikt omkring hemmende og fremmende faktorer kan være viktige ved valg av strategier og utvikling av tiltak. Hvilke tiltak i kommunens praksis avviker mest fra anbefalingene, hvor skal man sette innsatsen inn (Grol mfl., 2007:48-51).

Steg 3: Utvikling og valg av strategier og mål: basert på informasjon fra de tidligere stadier og annen relevant informasjon utvikles og eventuelt testes mål, metoder og strategier for iverksetting av retningslinjene. Iverksettingen kan inndeles i følgende to faser. Først utbredelsesfasen. Her prøver man at øke interessen og forståelsen av endringen av praksis, og understøtte positive holdninger og vilje til å tilpasse de eksisterende rutiner til retningslinjene. Deretter følger implementeringsfasen. Fokus her er at støtte innføringen av retningslinjene og sikre at de anbefalte tiltak blir en del av de daglige rutiner. Her kan benyttes forskjellige strategier. Disse kan kategoriseres i: intervensjoner fra fagpersoner, finansielle intervensjoner, organisatoriske intervensjoner, utstedelse av lover og regulativer (Grol mfl., 2007:48-51).

Steg 4 - Utvikling, utprøving, og utførsel av iverksettingsplanen: fasen hvor der utvikles en iverksettingsplan. Man bør være oppmerksom på utbredelsesprosessen for å skape nok interesse og kunnskap om retningslinjene. Dette kan gjøres ved å øke aksept, holdninger og vilje til å foreta de ønskede praksisendringer. Man må også promotere retningslinjene og integrere dem inn i en daglig arbeidsrutine og prosess (Grol mfl., 2007:53). I planleggingen av iverksettingstiltak bør man overveie testing av retningslinjene i mindre omfang med et begrenset antall motiverte fagpersoner. Tiltakene bør testes i henhold til tilpasning og gjennomførbarhet i kommunen, og eventuelle justeringer. Man må klarlegge hva som må

gjøres for å informere og skape interesse hos relevante undergrupper av målgruppen. Hva må vi gjøre for å overvinne motstand? Hva er nødvendig for å inkorporere endringen i eksisterende praksisprosesser? På hvilket nivå kan intervensjoner og mål best kan planlegges? Fagpersonene bør involveres i utviklingen og tilpasningen av retningslinjene, samt i analyseringen av problemer ved endringen. Representanter for de ulike faggruppene kan være viktige i konstruksjon og testing av iverksettingsplanen. De har ofte god kunnskap om hva som er mulig å få til og kan komme med innspill til lokalt tilpassede tiltak.

Det bør settes opp en tidsplan og en logisk rekkefølge av de planlagte aktiviteter. Det langsiktige mål identifiseres og brukes som guide i forbindelse med den løpende evaluering. Nødvendige strukturer, ressurser og personell settes av til prosjektet. Organisatorisk kultur i kommunen kan også behøve oppmerksomhet. Tydelig ledelse, godt samarbeid mellom de profesjonelle, og en kultur hvor kontinuerlig læring og forbedring kan finne sted er viktige faktorer for at endringen kan skje (Grol mfl., 2007:53).

Steg 5 - Evaluering og tilpasning av plan: her evalueres resultater og planen tilpasses ved behov. Er målene oppnådd? Resultatene er nødvendige for å avklare om innsatsen har ført til den ønskede praksisendring. Er dette ikke tilfellet, hva må vi gjøre for å oppnå dette. Evaluering kan resultere i: tilpasning av retningslinjene, supplerende analyser av hindrende og fremmende faktorer, utvikling av flere strategier og tiltak for å få til praksisendringen, revisjon av iverksettingsplan og tiltak under iverksettingen. Evaluering er ikke det siste steg i et iverksettingsprosjekt. Ideelt sett, bør man kontinuerlig vurdere om tjenesten blir bedre, og revidere prosedyrer på bakgrunn av disse funnene (Grol mfl., 2007:53-54).

2.5 Kliniske mikrosystem

2.5.1 Hva er kliniske mikrosystem

I det følgende avsnitt presenteres teori omkring kliniske mikrosystem. Denne teori er som teoriene omkring tverrfaglig samarbeid og tverrfaglig team med til å beskrive de tverrfaglige enhetene som skal utleve retningslinjene i praksis. Begge teoriene sier noe om hvordan man bør arbeide i de tverrfaglige rehabiliteringsteam, om man skal få til vellykkede rehabiliteringsprosesser og en praksis der er i tråd med de faglige retningslinjer. Det er de kliniske mikrosystem (tverrfaglige team) som bestemmer hvordan kvaliteten og innholdet av de kommunale rehabiliteringstjenestene til brukerne blir. De sikrer at rehabiliteringspraksis er

i tråd med de nasjonale retningslinjer. Teorien skal og brukes som en analysemodell til å belyse faktorer som påvirker om den kommunale praksis er tråd med retningslinjene.

Ifølge Nelson mfl. (2007: 5-6) er kliniske mikrosystem et internasjonalt begrep med fokus på små kliniske enheter i frontlinjen. Enhetene består typisk av profesjonsutøvere, bruker og deres pårørende. Det er i disse enhetene kvaliteten på den kommunale praksis viser seg.

Kliniske mikrosystem kan defineres som:

“Clinical Microsystems are the small, functional units that provide most health care to most people. They are the essential building blocks of larger organizations and of the health system. They are the place where patients, families and care teams meet. The quality and value of care are produced by a large health system can be no better than the services generated by the systems of which it is composed” (Nelson mfl., 2007:3).

Kliniske mikrosystem finnes overalt i en kommune. De eksisterer i forskjellige former, noen er bevist konstruert og velutviklede, andre er ikke planlagte og fullt så utviklede (Nelson mfl., 2007:234). Kliniske mikrosystem er levende enheter som endrer seg over tid, og alltid har en bruker med behov for rehabilitering i fokus. De finner sammen for å møte brukerens behov og kan eventuelt skilles når dennes behov er oppfylt. Kliniske mikrosystem kan være fast eller løst knyttet til hverandre og kan fungere bedre eller dårligere under forskjellige vilkår (Nelson mfl., 2007:7). Et klinisk mikrosystem i en kommune kan eksempelvis være et tverrfaglig team bestående av leger, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, administrative tjenester knyttet til tjenestene, informasjon og informasjonsteknologi, den slagrammede og dennes nærmeste pårørende (Nelson mfl., 2007:232-233).

Viktigheten av kliniske mikrosystem forklarer Nelson mfl. (2007:235) med at kliniske mikrosystem er stedet hvor fagpersonens identitet formes og forandres. Idet man påvirkes gjennom samarbeidet og samspillet med de andre fagpersoner i tverrfaglige teamet, den slagrammede og dennes pårørende. Det er enheten som sikrer at praksis er i tråd med de kliniske retningslinjene. Kvaliteten på rehabiliteringstjenesten til bruker kontrolleres her. I mikrosystemet finner det meste av helsepersonellens dannelse og sosialisering sted etter deres innledende profesjonelle studier. Det er her hvor motivasjonsfaktorene tilknyttet til

arbeidsplassen utvikles. Den enkelte kommune er ikke bedre enn summen av, og kvaliteten på de kliniske mikrosystem som den inneholder.

Nelson mfl. (2007:230-231) henviser til Demming (1986) som defineres et system som:

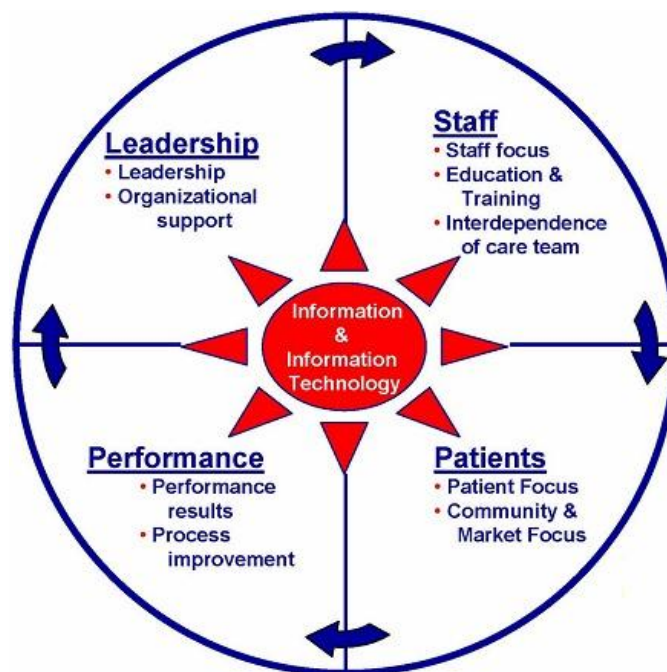
Et nettverk av komponenter som er avhengige av hverandre og arbeider sammen for å oppnå et spesielt mål.

Ifølge Nelson mfl (2007:231) har et system flyt, hindringer, kjeder/rekkefølge og kontekst. Systemer innen helsetjenestene eksisterer for at møte brukenes, pårørendes, samfunnets behov. Helsetjenesten ses som et åpent system, der er i stand til å foreta kontinuerlige forbedringer (Nelson mfl., 2007:231).

Helsetjenesten kan forstås som et sett av konsentriske sirkler med mindre system som en del av større system. Brukeren med hjerneslag er sentrum i systemet. Det neste systemnivå er brukeren og den enkelte fagperson. Deretter følger det kliniske mikrosystem som kan være et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Mikrosystemet er innbygget i mesosystemet, hvilket ofte er enheter/avdelinger eksempelvis den kommunale helsetjeneste og hjemmetjeneste). Disse systemer er en del av en større organisasjon eller et makrosystem for eksempel en kommune. Det ytterste lag av disse sammenknyttede systemer er omgivelsene, hvilket kan være lokalsamfunnet i kommunen (Nelson mfl., 2007:233-234).

2.5.2 Forskning omkring suksesskriterier for kliniske mikrosystem

Ved Dartmouth Medical School i U.S.A. har Nelson og Batalden mfl. forsket på forbedring av helsetjenester sett utfra et mikrosystemperspektiv. I perioden fra år 2000 til 2002 gjennomførte de en undersøkelse av 20 helseforetak i Nord Amerika, som alle var anerkjent for deres gode kvalitet på helsetjenester (Nelson mfl., 2007:20). Denne forskning fremhever suksesskriterier som menes at være avgjørende for at sikre høg kvalitet og effektivitet på tjenestene. Følgende figur viser disse suksesskriteriene, som kan inndeles i 5 hovedgrupper, som alle påvirker hverandre dynamisk (Nelson mfl., 2007:20).



Denne ovennevnte modell ses som viktig, da den kan si noe om synet på bruker, som fagpersonene med fordel kan ha om de skal bidra til at den slagrammede bruker tilbys tjenester som anbefalt i retningslinjene. Samt hvilken form for ledelse der vil støtte om en slik tilnærming. Dessuten vil den kunne bidra til forståelse for viktigheten av medlemmene av det tverrfaglige team forstår rollene til de andre medlemmene og sin egen rolle. Modellen belyser også viktigheten av deling av gjensidig informasjon og bruk informasjonsteknologi. Nødvendigheten av å måle og evaluere sin praksis opp mot anbefalt standard poengteres også.

Jeg vil videre prøve å beskrive, og knytte de nevnte suksesskriteriene til den slagrammede bruker og det tverrfaglige team i en kommunal kontekst.

Pasients (Brukere)

Det primære formål for helsepersonell i det tverrfaglige teamet er å ta utgangspunkt i brukerens egne mål og ønsker, og legge til rette for/bistå den slagrammede til at oppnå disse. Dette kan gjøres gjennom å lytte og forstå brukeren, og legge til rette for oppfyllelse av dennes individuelle ønsker. Veiledning omkring relevante utfordringer/tema knyttet til bruker og vedkommede sin rehabiliteringsprosess er essensiell. Dessuten bør fagpersonene ved behov tilpasse tjenestene ut fra brukerens behov og de nasjonale anbefalinger. Tjenestene må ytes når de trengst, og doseres i forhold til hverandre. Fagpersonene skal bistå til at brukeren

reétablerer et forhold til samfunnet og aktiverer ressurser rundt seg. Det grunnleggende prinsippet er: vi er alle her av den samme grund – brukeren (Nelson mfl., 2007:22).

Leadership (Ledelse)

Ledelsens rolle i et tverrfaglig team er å opprettholde konstante formål, for eksempel å utøve en praksis som er tilpasset bruker og anbefalingene i de nasjonale retningslinjer. Ha som mål at rehabiliteringsprosesser av slagrammede tar utgangspunkt brukeren sine mål og forventning om at den følger anbefalt praksis. Ledelsen bør fremme en positiv kultur og forsvare det tverrfaglige teamet intern i kommunen. Der kan være flere ledere fra ulike enheter i kommunen, eksempelvis førstelinjeledere for terapeuter og pleiepersonale. I tillegg kan der og være uformelle og/eller situasjonsbetingede ledere. Dette kan være fagpersoner med spesialkunnskap innen rehabiliteringsfeltet (Nelson mfl., 2007:22).

Kommunen som organisasjon forventes å sørge for anerkjennelse, informasjon, og ressurser til å forsterke og legitimere det tverrfaglige teams arbeid. Lederen skal altså balansere omgivelsene og ha ansvar for at de kollektive mål nås gjennom gi fullmakter til det tverrfaglige teamet, og fagpersonene individuell handlefrihet og ansvar (Nelson mfl., 2007:22).

Staff (Personell)

Deltakerne i det tverrfaglige teamet må forstå og anerkjenne hverandres og sin egen rolle, samt ha en forståelse for at alle teammedlemmene bidrar med sin kompetanse, og at man sammen har en felles kompetanse, som er større enn om man hadde arbeidet hver for seg. Det primære fokus er hverandres resurser og hvordan man sammen kan bidra til at brukeren oppnår målene sine. Gjensidig tillit og vilje til å hjelpe hverandre ses som viktig. Man bør derfor være bevisst om hvilke deltakere som skal inngå i det tverrfaglige teamet, og hvordan disse løpende kan forbedre deres praksis gjennom for eksempel ved bruk av veiledning, undervisning og dialog. Teammedlemmenes motivasjon kan med fordel understøttes gjennom gjensidig oppbakking og oppfyllelse av faglige mål (Nelson mfl., 2007:22). Ledene tilknyttet det tverrfaglige team har ansvar for å ansette personell som ønsker å inngå i rehabiliteringsprosesser, og har/vil utvikle kunnskap om rehabiliteringsfeltet og slagrammede brukere (Nelson mfl., 2007:22).

Information and Information Technology (Informasjon og informasjonsteknologi):

Informasjon ses som essensielt innen teamarbeid. Teknologi kan bedre forbindelsen og informasjonen mellom medlemmene i det tverrfaglige team ved å sørge for tilgang til informasjon. Teknologi skal fremme/legge til rette for effektiv kommunikasjon mellom teammedlemmene. Det kan gjøres gjennom bruk av formelle og uformelle kanaler, som skal holde alle i teamet informert hele tiden, hjelpe til å lytte til andres ideer, og sikre at alle er kjent med de viktigste emner knyttet til den slagrammedes rehabiliteringsprosess og det gjensidige samarbeid. Informasjon er bindeleddet mellom fagperson og bruker, og mellom teammedlemmene. Informasjonsmiljøet er lagt til rette for at støtte opp om arbeidet til teamet, så alle får den riktige informasjon til den riktige tid (Nelson mfl., 2007:23).

Performance (Utførsel):

Det tverrfaglige teamet sin praksis bør løpende evalueres opp mot en ønsket standard, i dette tilfellet de nasjonale retningslinjer. De 4 tiltak som presenteres i innledningen vil kunne bidra til å måle om kommunal praksis samsvarer med retningslinjene. Teamet må arbeide mot at praksis samsvarer med de faglige anbefalingene, og være bevisste om hvordan man kan måle om praksis lever opp til anbefalingene. Dessuten bør teamet ha myndighet til at foreta forandringer av sin praksis. Resultater bør altså måles rutinemessig, data deles med teammedlemmer og resten av kommunen, og endringer bør iverksettes på bakgrunn av data (Nelson mfl., 2007:23).

KAPITTEL 3 – METODE

3.1 Valg av metode

Studiet kan beskrives som en kvalitativ og komparativ case-studie i to faser. Det kan ses som en case-studie fordi den er avgrenset i tid og sted, og har fokus på nåtidige forhold hvor forskeren har liten mulighet til å påvirke begivenheter og adferd (Yin, 2009:11).

Tilnærmingen er kvalitativ. Da metoden er ment å fange opp informantenes erfaringer og opplevelser om fenomenet. Kvalitativ metode kan foretrekkes: a) når der anvendes forklarende/undersøkende spørsmål som hvordan og hvorfor, b) når forskeren har liten kontroll over begivenheter og, c) fokuset er på nåtidige sosiale fenomener (Yin:2009:2 og 9). Der foretas sammenlikning mellom kommuner derfor kan man hevde at det er en komparativ undersøkelse.

Fase 1

I denne fase har jeg kartlagt:

- *I hvilken grad har kommunene i Sogn og Fjordane iverksatt de nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag?*

I første fase har jeg foretatt en tverrsnittsundersøkelse. I tverrsnittstudier studeres et fenomen hos et utvalg på avgrenset tidspunkt (Ringdal, 2009:93-96). Jeg har studert problemstillingen på et gitt tidspunkt med begrenset antall cases og informanter, og har ønsket å beskrive disse praksisforhold i nåtid. Derfor har jeg valgt dette designet. Tverrsnittsundersøkelse og komparativ case-studier kan være anvendbare ved kvalitative studier (Ringdal, 2007:92).

Telefonintervju ble valgt fordi det var en enkel og praktisk gjennomførbar måte å nå informantene på siden informantene var spredt over hele fylket og vanligvis hadde travle dager. Kombinasjonen av telefonintervju og spørreskjema så jeg som en effektiv og hurtig måte for å få svar på relevante nøkkelspørsmål som ville gi meg oversikt over hele fylket, og kunne lette utvelgelsen av de to kommuner som kunne brukes i fase to av undersøkelsen.

Fase 2

I fase 2 av undersøkelsen har jeg avklart:

- *Hvilke faktorer bidrar til at en kommunes praksis knyttet til rehabilitering av slagrammede i eget hjem er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer?*

Problemstillingen oppfattes beskrivende og utforskende. Jeg har forsøkt å skildre og forstå praksis som helsepersonell og førstelinjeledere i kommunen utøver og befinner seg i hos slagrammede i eget hjem, og om denne samsvarer med anbefalingene i de nasjonale retningslinjer. Den valgte metode er ment å fange opp informantenes erfaringer og opplevelser om fenomenet. På den bakgrunn valgte jeg å anvende dybdeintervju som metode. Kvale og Brinkmann (2010:19) skriver at intervjuundersøkelser er en velegnet metode for å få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår seg selv og sine omgivelser.

3.2 Valg av fylke og kommuner

Fase 1

Sogn og Fjordane er med sine 108.000 innbyggere det nest minste fylke i Norge i folketall, og det 8. største i areal. Fylket omfatter 26 kommuner fordelt på fire distrikter Ytre Sogn, Indre Sogn, Sunnfjord og Nordfjord. Kommunene er relativt små med innbyggertall varierende fra under 1000 innbyggere til litt over 10.000 innbyggere (Wikipedia 15. mai 2013). Sogn og Fjordane er strategisk valgt på grunn av a) nærhet til informanter, b) eget kjennskap til fylket, c) nytteverdi av funn i eget arbeid i funksjonen som koordinerende enhet i Helse Førde HF.

Fase 2

Ut fra funnene som ble gjort fra fase 1 foretok jeg et strategisk utvalg blant de 26 kommunene basert på teoretisk replikasjon - "two tail design". Ifølge Yin (2009:54) vil en slik design vil bidra til å gjøre en studies funn solide (Yin, 2009: 54 og 59).

Utvelgelsen av kommuner ble basert på skåren i det anvendte spørreskjema (vedlegg 1). Dette er nærmere belyst under punkt på 3.4. Skåring baserte seg på de følgende kriterier : 1) grad av planlegging/struktur på rehabiliteringstjenestene, 2) grad av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, 3) tilgang til faggruppene som er viktige i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet.

Kriteriene ble valgt fordi de vektet i retningslinjene, når man beskriver hvordan slagrehabilitering i hjemmet bør foregå. Kommune A hadde høyest grad av planlegging/struktur på rehabiliteringstjenester, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og god tilgang til de ønskede fagprofesjoner. Kommune B hadde derimot lavest grad oppfyllelse av de tre utvelgelseskriterier.

3.3 Valg av informanter

Fase 1

I den første fase av undersøkelsen innsamlede jeg data ved strukturerte telefonintervju av kontaktpersoner innen rehabilitering knyttet til de kommunale koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering (KE) i Sogn og Fjordane. Informantene ble strategisk utvalgt. Alle kommuner skal ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), og dermed en kontaktperson for rehabiliteringsfeltet.

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, og skal motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at utarbeides rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan. Kontaktpersonen innen rehabilitering skal ha generell oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen, og være kontaktpunkt for samarbeid (Helsedirektoratet, 2008:1).

Kontaktpersonene har som oppgave å ha oversikt over rehabiliteringsfeltet i deres kommune kunne det derfor være rimelig å anta at disse var godt kvalifisert til å svare på spørsmål omkring rehabilitering av slagrammede i eget hjem i kommunen, eller kunne peke ut en person som var kvalifisert til dette. Kontaktpersonen i koordinerende enhet eller personen denne hadde utpekt ble intervjuet. Alle kommuner i Sogn og Fjordane deltok undersøkelsen Dette ble gjort for at få en totaloversikt over hele fylket, og å ha et godt grunnlag for å velge ut to kontrasterende kommuner.

Fase 2

I fase 2 av undersøkelsen foretok jeg likeledes en strategisk utvelgning av informanter. Ifølge Malterud (2011:56) kan kvalitative studier med fordel baseres på strategiske utvalg, idet et slikt utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet har best mulig potensial til å belyse problemstillingen man vil ta opp.

Utvalget av informanter ble til i en dialog med kontaktpersonen i koordinerende enhet i de valgte kommuner. Jeg var tydelig på, at jeg ønsket et tverrfaglig sammensatt utvalg

bestående av følgende: ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, lege og førstelinjeleder innen helse og/eller omsorg. Kontaktpersonen foreslo så kontaktpersoner innen for de nevnte kategorier i kommunen (selvseleksjon).

De nevnte informantkategorier ble valgt, fordi de representerer funksjoner og profesjoner som kan vurderes som viktige for iverksettingen av retningslinjene. Førstelinjeledere knyttet til helse ble valgt fordi de typisk har ledelsesansvar for fysioterapeuter og/eller ergoterapeutene i kommunen. Disse er faggrupper som ofte har god kunnskap og praksiserfaring relatert til slagrehabilitering, og har en veilederfunksjon for pleiepersonalet. Førstelinjeledere innen omsorg ble valgt som informanter fordi de har et ledelsesansvar for sykepleierne og annet pleiepersonell. Pleiegruppen har typisk hyppigere kontakt med den slagrammede enn de andre faggrupper, og kan derfor vurderes som viktig for kvaliteten av rehabiliteringstjenestene som tilbys de slagrammede. De valgte profesjonene er de som anbefales i retningslinjene deltar i kommunale rehabiliteringsteam. Disse utgjør: ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, lege (Helsedirektoratet, 2010:97).

Det samlede utvalg bestod av 9 personer. I kommune A bestod utvalget av kontaktperson innen rehabilitering i koordinerende enhet/leder av rehabiliteringsteamet/ ergoterapeut, fysioterapeut, 2 avdelingsledere innen pleie- og omsorg/sykepleiere. Utvalget i kommune B bestod av en sykepleier/gruppeleder i hjemmetjenesten, ergoterapeut, Konsulent i fagteam/kontaktperson innen rehabilitering for koordinerende enhet/sykepleier, tjenesteleder for hjemmetjeneste/sykepleier og kommuneoverlege.

3.4 Spørreskjema og intervjuguide

Fase 1

Et spørreskjema ble anvendt under telefonintervjuet (se vedlegg nr. 1).

Spørsmålene i spørreskjemaet var basert på viktige anbefalinger til kommunene beskrevet i Nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering av slagrammede. Spørsmålene fokuserte følgende områder:

Antall slagrammede brukere: som det siste året hadde mottatt kommunale rehabiliteringstjenester i eget hjem, og om disse tjenester var som anbefalt i retningslinjene. Hensikten var å klarlegge hvor mange personer som dette reelt handlede om. Dette for få en oversikt over omtrent hvor mange personer dette gjelder i den enkelte kommune og fylket

som helhelhet. Samt å finne ut og om den enkelte kommunen har en slik oversikt, og finne ut av hvor stor del av de som mottar rehabiliteringstjenestene får rehabilitering som beskrevet i retningslinjene.

Egen kommunal rehabiliteringsplan: hadde kommunen en egen plan for rehabilitering. En egen plan for rehabilitering ville kunne bidra til å profilere feltet og tjenestene.

Kjennskap til retningslinjer: om informantene var kjent med retningslinjene. Det er relevant å få en oversikt over om de nasjonale faglige retningslinjer der er gjeldende for en stor og ressurskrevende pasientgruppe faktisk er kjent i kommunene. Idet kommunene utfra de politiske føringer vil kunne forvente å få større ansvar for rehabilitering av denne pasientgruppe i tiden som kommer.

Sammensetting av rehabiliteringsteam: har kommunen rehabiliteringsteam og er dette fast og/eller sammensettes dette ved behov. Hvilke faggrupper er fast tilknyttet teamet og hvilke kan tilknyttes ved behov. Retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:97) anbefaler at hver kommune/samarbeidene kommuner har fast sammensatt et rehabiliteringsteam. Fysioterapeut, lege, ergoterapeut, sykepleier inngår i dette. Logoped og sosionom kan tilknyttes ved behov.

Samhandling: avholdes der møter mellom bruker og det kommunale rehabiliteringsteam. Hvor ofte, hvem deltar, når og hvor avholdes de? Retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:97) anbefaler jevnlig møter mellom bruker og kommunalt rehabiliteringsteam. I en rehabiliteringsprosess vurderes det første møte mellom kommune og bruker viktig, for det er her den kommunale rehabilitering for antas å starte. Det er derfor interessant og om dette er standardisert/planlagt og hvem som bestemmer struktur og innholdet på dette møte. Derfor innhenter en data om dette.

Har det kommunale rehabiliteringsteam samarbeid/kontakt med sykehusets rehabiliteringsavdeling og/eller ambulante team etter den slagrammede er utskrevet. Ifølge Retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:97) anbefales at det er tett kontakt/samarbeid mellom kommunalt rehabiliteringsteam og sykehusets rehabiliteringsteam spesielt i den første tiden etter utskriving. Dessuten ble det spurt om kontakten var standardisert/planlagt. Altså om man hadde/fulgte en rutine. Dette fordi Riksrevisjonens undersøkelse (Helsedirektoratet, 2011:7-13) viser at kommunene som er mest tilfredse med eget tilbud også er de kommunene

som har størst grad av rutiner og formalisert samarbeid for sin relasjon til spesialisthelsetjenesten.

Koordinator og individuell plan: Her ble spurt om slagrammede med behov for tverrfaglige tjenester ble tildelt en koordinator. Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse-omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om brukeren ønsker individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011).

Dessuten spurte jeg om der systematisk ble opprettet en individuell plan til slagrammede med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester. Retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:96) anbefaler at slagrammede med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og at denne brukes som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere (Helsedirektoratet, 2010:96).

Under hvert spørsmål kunne informanten typisk velge mellom to eller tre predefinerte svaralternativer. Disse svaralternativene ble utviklet på bakgrunn av anbefalingene i retningslinjene, gjeldende lovverk og/eller ønsket rehabiliteringspraksis. To spørsmål i spørreskjemaet var åpne og hadde ingen predefinerte svaralternativer.

Fase 2

Jeg valgte å utarbeide en temabasert og semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2). Ifølge Kvale og Brinkmann (2010:47) er dette den vanligste måten å benytte ved gjennomføring av kvalitative intervju. Dette kalles også det kvalitative forskingsintervju. Her er tema som forskeren skal spørre om fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av spørsmål blir bestemt undervegs. På den måten kan forskeren følge informanten sin fortelling, men samtidig få informasjon om de fastlagte tema (Kvale og Brinkmann, 2010:47). Siden studien min har en problemstilling som er av beskrivende og utforskende art, valgte jeg å gjennomføre intervjuene etter denne malen. Denne form for intervju ga rom for å stille utdypende spørsmål omkring informanten sine vurderinger og erfaringer, og derved få en dypere innsikt i og større forståelse for informanten sine vurderinger. (Kvale og Brinkmann, 2010:47). De valgte tema ble valgt på bakgrunn av suksesskriteriene for kliniske mikrosystem (Nelson mfl., 2007: 21-23), og teori omkring iverksetting av kliniske retningslinjer (Grol mfl., 2005:kapittel 1,2 og 3).

3.5 Gjennomføring av intervju

Fase 1

Data ble innsamlet ved hjelp av strukturerte telefonintervju av kontaktpersoner innen rehabilitering knyttet til eller anbefalt av den kommunale koordinerende enhet i alle 26 kommuner i Sogn og Fjordane. Telefonintervjuene fant sted i november og desember 2012, og hvert intervju varte mellom 20-45 minutter.

Ifølge Kvale (2010) er det tilrådelig, at man gjennomfører prøveintervju for å bli en god intervjuer. I forkant av telefonintervjuene gjennomførte jeg derfor to prøveintervju av to kontaktpersoner innen rehabilitering i to kommunale koordinerende enheter i et nærliggende fylke. Prøveintervjuene medførte endringer i spørreskjemaet mitt både i forhold til enkelte spørsmål ble fjernet, og predefinerte svaralternativer ble formulert.

Fase 2

Intervjuene ble gjennomført i løpet av mars og april måned 2013, og varte mellom 40-60 minutter hvert. Intervjuene fant sted på informantens arbeidsplass, enten på informantens eget kontor eller i et nærliggende kontorlokale. På grunn av relativt lang reisevei til kommune B, ble 4 av 5 intervju gjennomført på en dag.

En digital stemmeopptaker ble brukt for å sikre og dokumentere data. Det at intervjuet ble tatt opp, gjorde at jeg kunne konsentrere meg om å lytte til informantene, og ved behov stille oppklarende spørsmål. Som avslutning på hvert intervju spurte jeg informantene om de hadde tanker, tema eller refleksjoner de ville ta opp eller utdype. Flere gjorde seg nytte av dette.

I forkant av personintervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju med en kontaktperson innen rehabilitering i en kommunal koordinerende enhet i et nærliggende fylke. Dette medførte endring og forbedring av intervjuguiden min. Spørsmålene i intervjuguiden min ble gjort mer åpne. Prøveintervjuet gav meg likeledes mulighet for å trene i rollen som intervjuer.

3.6 Analyse av intervju

Fase 1

Resultatene fra spørreskjemaene ble gjennomgått og systematisert og der ble foretatt en skåring av de enkelte kommuner.

Følgende spørsmål fra spørreskjema ble inkludert i skåring:

- Kjennskap til retningslinjer (spørsmål 4 i spørreskjema) ved ja = 1 poeng
- Fast rehabiliteringsteam (spørsmål 5): ja = 1 poeng
- Faggrupper med fast stillingsprosent i fast team (spørsmål 6) = 1 poeng pr. faggruppe.
- Tverrfaglig team sammensettes ved behov (spørsmål 7): ja = 1 poeng.
- Faggrupper tilknyttet team (spørsmål 8) = 1 poeng pr faggruppe.
- Mulighet for tilknytting av sosionom og logoped (spørsmål 9 og 10) = 1 poeng pr faggruppe.
- Systematiske møter mellom den slagrammede og team (spørsmål 11): ja = 1 poeng.
- Det første møte mellom slagrammede og team (spørsmål 14): kort før utskrivning = 1 poeng.
- Planlagt/standardisert innhold og struktur på første møte (spørsmål 16): ja = 1 poeng.
- Samarbeid og kontakt mellom kommunalt rehabiliteringsteam og sykehus etter den slagrammede er utskrevet, og om kontakt er standardisert (spørsmål 18 og 19) ja = 1 poeng pr. svar.
- Tildeling av koordinator (spørsmål 21) ja = 1 poeng.
- Oppretting av individuell plan (spørsmål 22) ja = 1 poeng.
- Oppdatering/evaluering av individuell plan (spørsmål 23) ja = 1 poeng.
- Aktiv bruk av individuell plan (spørsmål 24) ja = 1 poeng.
- Individuell plan som samhandlingsverktøy (spørsmål 26 og 27) ja = 1 poeng pr. svar.

Etterfølgende ble kommunene med høyest og lavest poengsum valgt ut.

Fase 2

I analysen av dybdeintervjuene har jeg anvendt Kvale og Brinkmanns (2010:203-204) 6 trinn intervjuanalyse. De tre første trin finner sted under selve intervjuet og de siste 3 etter intervjuet er avsluttet. **Første trinn:** er når intervjupersonen forteller om deres følelser, opplevelser og handlinger knyttet til et fenomen. Her skjer der liten tolking eller forklaring fra informant eller intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204). **Annet trinn:** her oppdager intervjupersonen på bakgrunn av sine spontane fortellinger nye sammenhenger omkring deres opplevelser og handlinger (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204). **Tredje trinn:** intervjuer foretar fortetninger og fortolkinger av intervjupersonens anskuelser og sender disse tilbake (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204).

Underveis i intervjuet stilte jeg supplerende og avklarende spørsmål for å få utfyllende informasjon om tema jeg fant viktige. **Fjerde trinn:** det transkriberte intervju tolkes av intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204). Etter at intervjuene var gjennomført, og transkribert ble det ut fra det skriftlige materiale og opptak skrevet en oppsummering av hvert intervju.

Deretter foretok jeg en koding basert på suksesskriteriene for kliniske mikrosystem (Nelson mfl.2007:21-25). Teksten ble derfor strukturert under følgende tema: Pasients (Brukere), Leadership (Ledelse), Staff (Personell), Information and information Technology (Informasjon og informasjonsteknologi), Performance (Utførsel). **Femte trinn:** er gjenintervjuing der intervjuer gir den intervjuede mulighet til å komme med kommentarer til forskerens fortolkninger og utdype egne utsagn (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204). Ingen informanter ønsket å lese gjennom det transkriberte intervjuet. **Sjette trinn:** omhandler handling, der den intervjuede på bakgrunn av den nye kunnskap oppnådd under intervjuet handler annerledes (Kvale og Brinkmann, 2010:203-204). Flere informanter har gitt uttrykk for at temaet i studien er interessant, og at de ønsker å få melding når oppgaven er publisert. Alle informantene vil bli informert om dette, og de valgte kommuner vil få tilbud om, at jeg kan presentere studien.

3.7 Reliabilitet og validitet

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler forskningsresultatens konsistens og troverdighet, og behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2010:250).

Intervjuguide er relatert til teori og anvendt for å skape nødvendig systematikk i samtalen og bidra til bedre oversikt ved behandlingen av data (Kvale og Brinkmann, 2010:143). Denne er beskrevet under 4.4. Gjennomføring av intervju er beskrevet under punkt 4.5. Anvendt analyseverktøy er tydeliggjort under punkt 4.6.

Ved å bruke lydopptak, har jeg kunnet fokusere på samtalen. Dette håper jeg har hjulpet meg til å skille hvilke data som var informantens, og hvilke var egne fortolkninger og oppfatninger. I den tidligere beskrevne analyseprosessen har det vært viktig å være tydelig på hvilke som er

informantenes utsagn, og hvilke som er egne betraktninger og tolkinger. Intervjuene ble lagret på lydfiler, og ”ordrett” transkribert. Dette skal bidra til å kvalitetssikre framstillingen av data og analyse.

3.7.2 Validitet

Validitet kan knyttes til kvaliteten i forskerens tolkninger og om innsikten undersøkelsen gir støttes av andre studier. Sett ut fra denne brede oppfatning av validitet kan den kvalitative forskning i prinsippet gi valid, vitenskapelig kunnskap. I kvalitativ forskning kan validitet vurderes på to måter, av forskeren eller informantene selv. Validiteten må vise igjen i alle trinnene av forskingsprosessen. At forskeren skildrer alle leddene i forskningsprosessen, er viktig for å styrke studiets validitet (Ringdal, 2007:86,166, 221). Ved å tydeliggjøre måten jeg har bearbeidet data fra intervju til analyse og konklusjon, har jeg forsøkt å gjøre framgangsmåten i analyseprosessen gjennomskjennbar. I framstillingen har jeg forsøkt å vise til grunnlaget for mine tolkinger, og hvordan de er dokumentert i datamaterialet. Tilegning av kunnskap om forskningsmetode har vært sentralt under hele prosessen, både for å kunne utøve egen forskning, og for å kunne sammenlikne og vurdere annen forskning.

I følge Kvale og Brinkmann (2010:253-254) finnes validering i alle syv stadier av forskingsprosessen, og de mener at valideringsarbeidet kan fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadiene. Disse stadier er 1) tematisering, 2) planlegging, 3) intervjuing, 4) transkribering, 5) analysing, 6) validering og 7) rapportering.

1) Tematisering: Validiteten i prosessen med tematisering kan ses som avhengig av studiets teoretiske grunnlag og i hvilken grad de valgte problemstillingene er logiske og utledet fra teori Kvale og Brinkmann (2010:253-254). De valgte problemstillinger i fase 1 og fase 2 er inspirert av tema beskrevet i de nasjonale faglige retningslinjene relatert til rehabilitering av slagrammede i hjemmet. Spørsmålene som ble brukt i telefonintervjuet er og knyttet til retningslinjene. I intervjuguiden i forbindelse med dybdeintervju er spørsmålene utformet på bakgrunn av teori omkring kliniske mikrosystem og iverksetting av kliniske retningslinjer.

2) Planlegging: validitet i planlegging av studiet kan gå på studiens kvalitet og metode (Kvale og Brinkmann, 2010: 253-254). Kvaliteten av dette har jeg prøvd å sikre gjennom lesing av litteratur, og dialog med veileder omkring anvendte metoder og gjennomføring av studiet.

3) Intervjuing: validitet under dette punktet omhandler med intervjupersonenes troverdighet og kvaliteten på intervjuingen (Kvale og Brinkmann, 2010: 253-254). Under intervjuene har jeg bedt informantene utdype sine utsagn om jeg har vært i tvil om innhold eller troverdighet.

4) **Transkribering:** En valid transkriberingsprosess kan bestå av å sikre en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig fremstilling (Kvale og Brinkmann, 2010: 253-254). Dette er forsøkt sikret gjennom ordrett transkribering av intervju.

5) **Analysering:** Den valide dataanalyse baserer seg på om spørsmål som blir stillet til intervjueteksten er valide og i hvilken grad tolkingene er logiske (Kvale og Brinkmann, 2010: 253-254). Kvale og Brinkmanns (2010:253-254) analysemodell er anvendt som analyseverktøy. Koding av data er basert på teori om suksessfaktorer for kliniske mikrosystem (Nelson mfl.2007:21-23). Under hele studiet har jeg hatt løpende dialog med veilederen min. Jeg har presentert, diskutert og fått kritiske innspill til alle aspekter ved prosjektet mitt.

For å få tak i meningsinnholdet og at utvikle spørsmålene mine ble intervjuene hørt gjennom samme dag eller dagen, etter de ble foretatt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010:) skal man intervju så mange informanter som det behøves for finne ut det man trenger å vite. Etter tre intervju i hver kommune kom der frem tydelige trender og svarene begynte å bli like. Jeg valgte å fullføre resten av intervjuene for å få med ytterligere nyanser og sikre meg et så godt datagrunnlag som mulig.

3.8 Etikk

Ifølge Kvale og Brinkman (2010:86) kan der være fire områder som er viktige når man diskuterer etiske retningslinjer for forskere. Disse er: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

3.8.1 Informert samtykke

Informert samtykke betyr at informantene informeres om undersøkelsens overordnede formål og hovedtrekkene i designen, samt risiko og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet.

Informert samtykke innebærer dessuten at informantenes deltagelse er frivillig, og at de informeres om retten til når som helst å kunne trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2010:88). Det ble det understreket skriftlig og muntlig rett før intervjuet, at det var frivillig å delta undersøkelsen, og at det var mulig å trekke seg frem til masteroppgaven ble levert. Informantene gav sitt muntlige samtykke før intervjuet startet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010:88-89) innebærer informert samtykke også spørsmålet om hvor mye

informasjon som bør gis til informantene og når. Fullstendig informasjon om design og formål ble gitt til informantene for å unngå villedning (Kvale og Brinkmann, 2010:88-89).

3.8.2 Konfidensialitet

I begrepet konfidensialitet kan det ligge, at alle data som samles inn i forskningsprosjektet behandles konfidensielt og at informantene ikke skal være gjenkjennelige i den ferdige forskningsrapporten. Som forsker kan det være hensiktsmessig å spørre seg om hvilken informasjon bør være tilgjengelig for hvem. Dessuten bør man før intervjuene gjøre det klart hvem som senere vil få tilgang til disse (Kvale og Brinkmann, 2010: 90).

Før jeg begynte med datainnsamling ble der sendt inn meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste NSD. Prosjektet ble vurdert og godkjent (vedlegg 3).

Konfidensialitet som et etisk usikkerhetsområde kan knyttes til problemet at anonymitet på den ene siden beskytter deltakerne og dermed er et etisk krav, men på den annen side kan det tjene som alibi for forskeren ved å gi ham mulighet til å tolke informantenes utsagn uten å bli sakt imot. Anonymitet kan beskytte informantene, men kan og frata dem deres stemme (Kvale og Brinkmann, 2010: 90). Under personintervjuene samtalte vi ikke om tema som var konfidensielle.

Under planleggingen av undersøkelsen hadde jeg bestemt meg for å anonymisere informanter og data siden jeg håpede at det ville bidra til at informantene ville være så ærlige som mulig. Sett i etterkant tror jeg ikke, at dette har påvirket informantenes utsagn. Det kunne se ut som at samtlige informanter virket indifferente til lovnungen om anonymitet. For å skjule informantene sin identitet sikrede jeg lydopptakene for tilgang av andre, og ”kodet” informantene med nummer, bokstav og tittel slik at de ble anonymiserte. Dessuten har jeg valgt ikke å offentliggjøre hvilke kommuner der har deltatt i studiet.

Informantene ble skriftlig via epost (se vedlegg 4) og muntlig før intervjuet gjort oppmerksom på, at sekretæren som transkribent, min veileder og jeg ville ha adgang til de innsamlede data og at de anonymiserte data med stor sannsynlighet ville bli presentert i offentlige fora.

3.8.3 Konsekvenser

Det tredje etiske prinsipp går ut på å vurdere konsekvensene forskingen kan ha for informantene. Forskeren bør ta hensyn til hvilken forventet skade og fordeler deltakelse i prosjektet kan påføre deltakerne (Kvale og Brinkmann, 2010: 91). Idet informantene ikke har uttalt seg om konfidensielle emner, og at deres deltakelse var bekreftet og ønsket i egen organisasjon kan jeg vanskelig se, at deltakelse i studien kan ha hatt negative konsekvenser.

Forskeren bør være oppmerksom på de viktige forskjellene mellom talespråk og skriftspråk. Glemmes dette kan man lett såre informantenes verdighet (Kvale og Brinkmann, 2010: 91). Gjennom tilpassing informantens muntlige utsagn til skriftspråk, markering av sitat med anførselstegn, og utelatelse av diverse «språklige krydderier» har jeg prøvd å ivareta dette.

3.8.4 Eget ståsted

Våre forutsetninger bestemmer hva man opplever som forståelig og uforståelig. Hans-Georg Gadamer kaller dette for forforståelse eller fordommer. Ved fortolkning av utsagn og/eller tekst starter man med en idé, og den er styrende for hvor man retter sin oppmerksomhet imot. (Gilje og Grimen, 2007, s. 148). Det kan derfor være relevant, at jeg redegjør for eget ståsted.

Redegjørelse for forskerens forforståelse kan ses som et kvalitetskrav og virke styrkende for troverdigheten i studiet. Forskeren bør derfor opplyse om personlige erfaringer som har vært viktige og relevante for prosjektet (Olson og Sørensen, 2003:67). Samt om og i hvilken grad ens tolkning av det studerte fenomenet er fundert i egne erfaringer (Gilje og Grimen, 2007:148).

Min far fikk hjerneslag da jeg var 12 år, og ble som følge av dette sterkt funksjonshemmet. De følgende 6 år fram til hans død, opplevde jeg hvordan det er å være nær pårørende til en slagrammet. I tillegg har jeg de siste 22 årene arbeidet innen helsevesenet med tverrfaglig slagrehabilitering. Jeg har og gjennomført en tverrfaglig videreutdanning innen slagbehandling og rehabilitering. Denne private og profesjonelle nærhet til, og interesse for fenomenet kan være en fordel idet man kan anta at jeg gjennom mine erfaringer og utdanning har oppnådd en god forståelse av, og egne meninger om slagrehabilitering. På annen side kan mine tidligere erfaringer og kunnskap ses som hindrende for å bevare et åpent sinn i møtene med informantene.

Forskerens trosoppfatninger kan influere på hva han tror om verden, og hvilke problemer han ser. Hypoteser kan ses som begrunnede trosoppfatninger (Gilje og Grimen, 2007, s. 150). Jeg har som beskrevet lang erfaring med rehabilitering av slagrammede i eget hjem og på institusjon. Valget av problemstilling og eventuelle hypoteser er sannsynligvis påvirket av min erfaring på feltet. Mine erfaringer og holdninger omkring fenomenet og feltet kan ha preget alle delene i forskningsprosessen. Jeg har prøvd å redusere denne effekten ved å være kontinuerlig oppmerksom på dette. Med kjennskap til min erfaringsbakgrunn er der risiko for at informantene tilpasser deres svar ut fra hva de tror jeg vil høre. I tillegg kan verdiene mine ha influert på intervjusituasjonen. Jeg har prøvd å minske dette ved å holde meg til intervjuguiden, være bevist på det i intervjusituasjonen, samt stille oppfølgingsspørsmål som kan utfordre og klargjøre, samt reflektere i etterkant av hvert intervju. Dette ble gjort for å øke selvinnsikten min, og nytte den i de etterfølgende intervju. I arbeidet med data og analysen av disse vil egen forforståelse kunne medvirke til, at jeg søker etter utsagn og mening jeg ønsker å finne. Subjektivitet kan prege alle deler av kvalitativ forskning. Gjennom hele prosjektet har jeg anvendt metodiske fremgangsmåter som skal bidra til at sikre reliabilitet og validitet for å redusere denne faktor.

Yrkeserfaring og forforståelse kan som nevnt ha påvirket min opplevelse av informantenes sine svar, og påvirkningen min kan ha bli forsterket gjennom meningsfortetning av data. Jeg har derfor hatt et kritisk blikk på de innsamlede de data, og vert oppmerksom på faktorer som kan påvirke funnene gjennom hele forskningsprosessen.

KAPITTEL 4 - PRESENTASJON AV DATA

I dette kapittel fremstilles informantene og data fra begge fasene av undersøkelsen min. De innsamlede data fra fase 1 inndeles i og presenteres utfra koderne: brukere, rehabiliteringsplan, sammensetning av rehabiliteringsteam, samhandling, koordinator og individuell plan. Deretter oppsummerer jeg funnene mine fra fase 1. Kommune 1 og 2 presenteres så utfra de innsamlede data i fase 1. Så fremstilles de innsamlede data fra fase 2. Data er systematisert uti fra følgende koding: Pasients (/Brukere), Leadership (Ledelse), Staff (Personell), Information and information Technology (Informasjon og informasjonsteknologi), Performance (Utførsel). Under hver kategori foretar jeg en oppsummering av funn.

I presentasjonen av data anvender jeg egne ord og et utvalg av informantene sine sitat. Sitatene i teksten har jeg omformulert til et lesevennlig språk, og blir brukt til at belyse og tydeliggjøre funn. Dette for at lette leserens forståelse og gi denne mulighet til å foreta egne vurderinger av materialet (Kvale og Brinkmann, 2010:283).

4.1 Funn – fase 1

4.1.1 Informanter

Kjønns- og aldersfordeling på informanter:

Informantene bestod av 24 kvinner og 2 menn.

25 av 26 informanter var villig til at oppgi deres egen alder. Informantenes gjennomsnittlige alder var som følger:

Kvinner: år akkumulert $1170:23$ informanter = 50.86. Dette rundes opp til 51 år

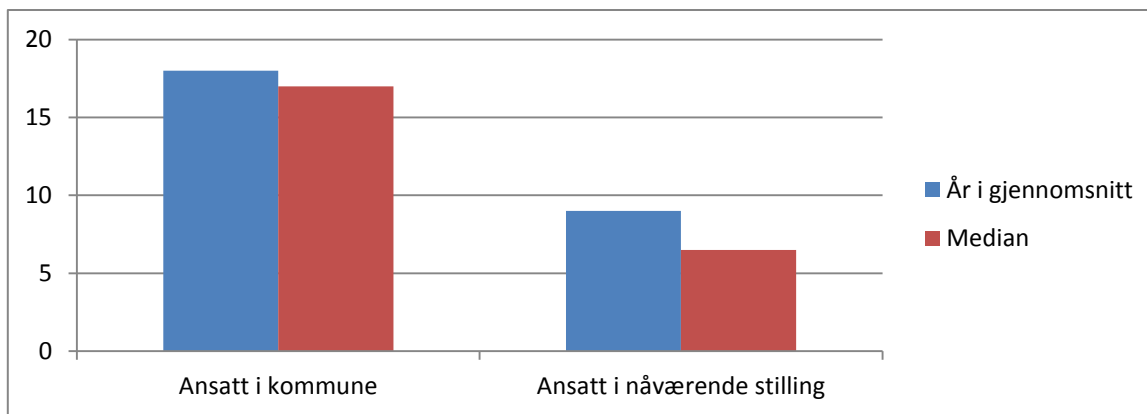
Menn: år akkumulert $112:2$ informanter = 56 år

Kvinner og menn: år akkumulert $1282:25$ informanter = 51.28. Dette rundes ned til 51 år.

4.1.2 Ansettelsestid i kommunen

Informantene ble spurt hvor mange år de hadde vært ansatt i deres nåværende organisasjon (kommune). Informantenes svar viser, at de i gjennomsnitt hadde vært ansatt i kommunen i 18 år (468 år akkumulert:26 antall informanter), med en median 17 år.

Når de ble spurt hvor lenge de hadde vært ansatt i den nåværende stillingen sin, viser svarene at informantene i gjennomsnitt hadde vært ansatt i denne stillingen i 9 år (232 år akkumulert:26 antall informanter), med en median på 6.5 år.



4.1.3 Kjennskap til Nasjonale faglige retningslinjer

I 25 kommuner var informantene kjent med de Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag. I en kommune kjente man ikke kjent til disse retningslinjene.

4.2 Brukere

I 24 kommuner oppgir informantene at det er mindre enn (<) 10 brukere med hjerneslag som i løpet av det siste året er blitt tildelt kommunale rehabiliteringstjenester i eget hjem. I en kommune har hatt man mellom 10-20 brukere med hjerneslag som det siste året hadde mottatt rehabiliteringstjenester i eget hjem. En kommune hadde ikke hatt noen slike brukere.

Informantene ble spurt om hvor mange hjemmeboende brukere med hjerneslag som det siste året hadde mottatt rehabiliteringstjenester som anbefalt i retningslinjene. I de 25 kommunene som hadde hatt brukere med hjerneslag med behov for rehabiliteringstjenester i eget hjem, så utgjorde dette mindre enn 10 brukere. En kommune hadde som sagt ikke hatt slike brukere.

4.3 Rehabiliteringsplan

På spørsmålet om kommunen hadde en egen oppdatert og gjeldende rehabiliteringsplan, så svarte informantene som følger. I 6 kommuner har man en egen oppdatert og gjeldende rehabiliteringsplan. I 20 kommuner har man ikke egen oppdatert og gjeldende plan for rehabilitering.

4.4 Sammensetting av rehabiliteringsteam

4.4.1 Det faste rehabiliteringsteam

Informantene ble spurt om kommunen hadde et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam som har rehabilitering som definert oppgave. I 7 av 26 kommuner hadde man et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam. I 3 av de 7 kommuner som hadde et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam fungerte dette primært på systemnivå. Hvor teamet ivaretok en koordinerende funksjon og tildeling av tjenester.

Når informantene blir forespurt hvilke av disse faggrupper (lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier) hadde en fast stillingsprosent, som var spesifikt tilknyttet det faste rehabiliteringsteam, så var det kun en av 26 kommuner hvor dette var tilfelle. I kommunen hvor alle de fire faggrupper hadde en fast stillingsprosent som var spesifikt knyttet det faste team, hadde man det siste året ikke hatt brukere med hjerneslag som hadde hatt behov rehabiliteringstjenester i eget hjem.

4.4.2 Ad. – hoc team

Informantene ble i tillegg spurt om kommunen sammensatte et tverrfaglig rehabiliteringsteam ved behov. Dette benevner jeg etterfølgende Ad.- hoc team. I 24 av 26 kommuner sammensettes der et Ad.- hoc team ved behov.

Kan fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier tilknyttes Ad.- hoc teamet? I 15 av 26 kommuner kunne alle disse faggrupper tilknyttes Ad.- hoc teamet.

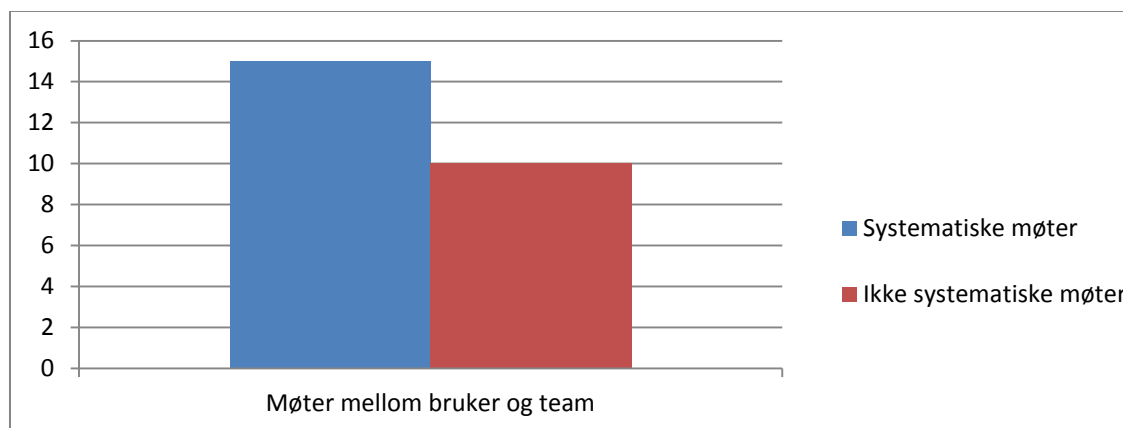
Informantene ble også spurt om logoped og sosionom kunne knyttes til Ad.-hoc teamet ved behov. I 16 av 26 kommuner kunne både logoped og sosionom tilknyttes Ad.- hoc teamet.

4.5 Samhandling

4.5.1 Møter mellom bruker og team

I 15 kommuner avholdes der systematiske møter mellom den slagrammede og det kommunale rehabiliteringsteam under et rehabiliteringsforløp. Med systematiske møter menes det at

bruker og team møtes løpende under en rehabiliteringsprosess og at disse møter har et formål, som bruker og team har avtalt før møtet. I 11 kommuner gjøres dette ikke.



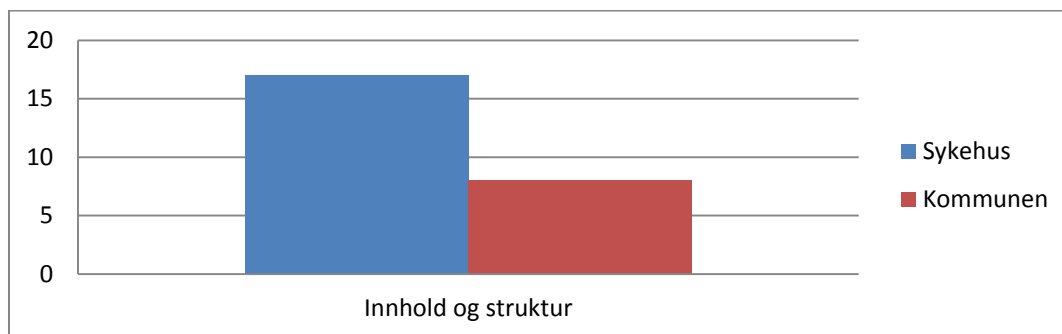
Informantene ble spurt om hvem fra det kommunale rehabiliteringsteam som deltar på møtene mellom bruker og rehabiliteringsteamet under en rehabiliteringsprosess. I 20 kommuner ble møtedeltakerne fra det kommunale team valgt fra gang til gang ut fra den enkeltes bruker sine behov. I 4 kommuner deltok hele det tverrfaglige team på disse møtene. I to kommuner kunne informantene ikke svare på dette.

4.5.2 Det første møte

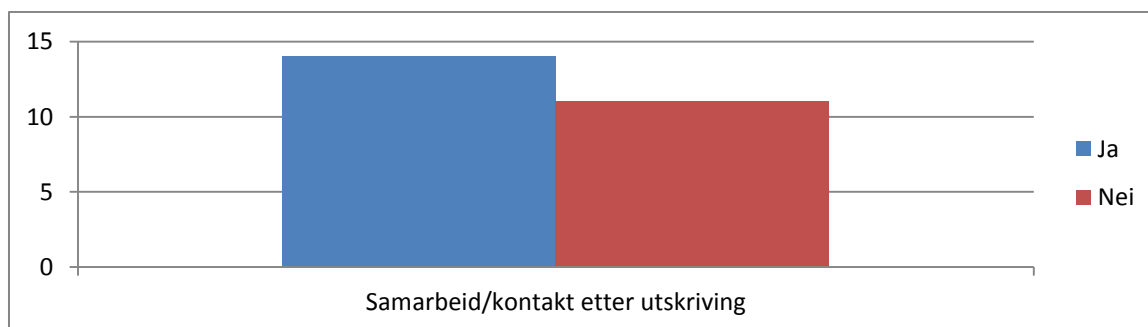
Informantene ble spurt om når og hvor det første møtet mellom den slagrammede og det kommunale rehabiliteringsteam i et rehabiliteringsforløp ble avholdt. I 19 kommuner finner dette første møtet sted på sykehuset kort før den slagrammede utskrives. I 5 kommuner foregår det første møte primært kort etter utskriving, og enten i kommunens lokaler eller i brukerens hjem. I 1 kommune bestemmes tidspunktet for det første møtet hovedsakelig utfra om fagpersoner var disponible og foregikk i kommunens lokaler. 1 kommune kunne ikke svare på dette.

I 14 kommuner opplevde informantene at formål og innhold på dette første møtet var standardisert/planlagt, og i 11 kommuner opplevde man at dette ikke var tilfellet. En kommune har ikke svart på dette.

I 17 kommuner forteller informantene, at det primært er sykehuset som bestemmer innholdet og strukturen på det første møtet, og i 8 kommuner er det primært er kommunen og bruker som bestemmer møteinnhold. Ingen informanter hevder at det primært er bruker som bestemmer innhold og struktur. En kommune svarte ikke på dette.



I 14 kommuner hadde det kommunale rehabiliteringsteam samarbeid/kontakt med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team etter at den slagrammede bruker var utskrevet. Kontakten foregikk telefonisk. I 12 kommuner hadde man ingen kontakt etter at brukers utskrivning. I en av de 14 kommuner som hadde samarbeid/kontakt var dette samarbeidet/kontakten standardisert/ formaliser/planlagt gjennom en gjensidig rutine.



4.6 Koordinator og individuell plan

Informantene ble spurt om, slagrammede brukere med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester fikk tildelt en koordinator. I 22 kommuner tildeles slagrammede brukere med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester en koordinator, og i 4 kommuner skjer dette ikke.

Informantene ble forespurt om det systematisk ble opprettet en individuell plan til slagrammede brukere som tildeles tverrfaglige tjenester i eget hjem. Med systematisk menes

at bruker oppfyller de lovmessige kriterier for at bli tildelt en individuell plan og han/hun ønsker dette. I 14 kommuner ble der systematisk opprettet en individuell plan til slagrammede som tildeltes tverrfaglige tjenester i eget hjem. I 11 kommuner opprettedes der ikke systematisk en individuell plan. 1 informant kunne ikke svare på dette.

Om der opprettes en individuell plan til den slagrammede bruker, blir den i 24 av 26 kommuner brukt som et redskap til at sikre samhandling mellom tjenesteytere, den slagrammede og dennes pårørende.

4.7 Oppsummering av funn

De Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag er kjent i kommunene. Det er få slagrammede i kommunene som det siste året fikk tildelt hjemmebaserte rehabiliteringstjenester. Antallet av de som mottar tjenester i tråd med retningslinjene er enda mindre. Rehabiliteringsfeltet beskrives som en del av andre kommunale planer. Kommunene sammensetter tverrfaglige rehabiliteringsteam ved behov. Få kommuner har et fast rehabiliteringsteam. Fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier, logoped og sosionom kan tilknyttes det tverrfaglige rehabiliteringsteam. Der avholdes systematiske møter mellom den slagrammede og det kommunale rehabiliteringsteam under et rehabiliteringsforløp. Bruker sine behov bestemmer hvem som deltar på møtene. Det første møtet mellom bruker og det kommunale rehabiliteringsteam foregår på sykehuset kort før denne utskrives. Innholdet er planlagt/standardisert og bestemt av sykehuset. Kommunale rehabiliteringsteam har telefonisk kontakt/samarbeid med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ ambulante team etter at den slagrammede er utskrevet. Kontakten er ikke planlagt. Slagrammede med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester tildeles en koordinator. Slagrammede som ønsker det og oppfyller de lovmessige kriterier tildeles en individuell plan. Individuell plan brukes som et samhandlingsverktøy for brukere, pårørende og fagpersoner.

4.8 Presentasjon av kommune 1 og 2

Kommune 1

Basert på skåringen av intervjuet med informanten fra kommune 1 har kommunen den høyeste grad av samsvar med retningslinjene omkring planlegging/struktur på

rehabiliteringstjenestene som er viktige i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og tilgang på faggruppene som anbefales i retningslinjene.

Brukere: Der er mindre en 10 brukere med hjerneslag, som det siste året har fått tildelt rehabiliteringstjenester i eget hjem. Der er likeledes mindre enn 10 hjemmeboende brukere med hjerneslag som det siste året, har mottatt kommunale rehabiliteringstjenester som anbefalt i retningslinjene.

Rehabiliteringsplan: Kommunen har ingen fungerende rehabiliteringsplan. De har en Helseplan 2010-2012, hvor rehabiliteringsfeltet er et viktig aspekt. I 2013 ferdiggjorde kommunen en ny felles Helse, sosial og omsorgsplan som er gjeldende til 2016.

Sammensetning av rehabiliteringsteam: Kommunen har et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam, hvor en fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier har en fast stillingsprosent som spesifikt er tilknyttet teamet. I tillegg sammensettes tverrfaglige rehabiliteringsteam ved behov. Følgende faggrupper kan tilknyttes rehabiliteringsteamet: fysioterapeut, lege, sykepleier og ergoterapeut, logoped og sosionom.

Samhandling: Der avholdes systematiske møter mellom den slagrammede og representanter fra det tverrfaglige team 3-4 ganger det første året. Fagpersonene som deltar på disse møtene velges utfra brukers behov, I komplekse saker avholdes det første møtet allerede kort før pasienten utskrives fra sykehuset, ved mindre omfattende saker avholdes møtet kort etter utskriving i brukerens eget hjem. Dessuten er innholdet på dette møtet planlagt, blant annet foretar man en kartlegging av brukeren. Det er arrangøren av møtet som bestemmer struktur og innhold på det første møtet. Kommunen samarbeider med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team, og denne kontakten er formalisert gjennom at man deltar i et prosjekt omkring utskriving fra sykehus til kommune. Samarbeidet og kontakten foregår primært telefonisk.

Koordinator og individuell plan: Slagrammede med behov for komplekse behov tildeles en koordinator, og der opprettes en individuell plan om brukene ønsker det. Den individuelle plan oppdateres og evalueres jevnlig (minimum hver 3. måned), og brukes aktivt under rehabiliteringsprosessen som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere og mellom tjenesteytere og den slagrammede/pårørende. Ofte opprettes også en rehabiliteringsplan i tillegg til den individuelle plan.

Kommune 2

Basert på skåringen av intervjuet med informanten fra kommune 2 har kommunen den laveste grad av samsvar med retningslinjene omkring planlegging/struktur på rehabiliteringstilbudet, tverrfaglig samarbeid, og tilgang på faggruppene som anbefales i retningslinjene.

Brukere: Der er mindre en 10 brukere med hjerneslag, som det siste året har fått tildelt rehabiliteringstjenester i eget hjem. Der er likeledes mindre enn 10 hjemmeboende brukere med hjerneslag som det siste året, har mottatt kommunale rehabiliteringstjenester som anbefalt i retningslinjene.

Rehabiliteringsplan: Kommunen har ingen rehabiliteringsplan. Man har en kommunal delplan for helse og omsorg 2012-2024. Her er rehabiliteringsfeltet representert.

Sammensetning av rehabiliteringsteam: På nuværende tidspunkt har man ikke et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam som har rehabilitering som en definert oppgave. Man tilstreber å sammensette tverrfaglige rehabiliteringsteam ved behov. Kommunen har tilgang til fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og logoped. Fysioterapeutene som er tilknyttet til hjemmeboende brukere er privatpraktiserende. Det er ikke vanlig å knytte lege som en del av teamet, og der er ikke tilgang til sosionom

Samhandling: Det er ikke praksis for at tverrfaglige team avholder systematiske møter med den slagrammede under et rehabiliteringsforløp. Informanten kunne ikke svare på hvor ofte der avholdes møter mellom den slagrammede og tverrfaglig team, og sier at fagpersoner velges utfra brukers behov. Tidspunktet for det første møtet mellom bruker og fagpersoner bestemmes hovedsakelig utfra om fagpersonene er disponible og foregår oftest i kommunens lokaler etter at bruker er utskrevet fra sykehuset. Innholdet på dette møtet strukturert og planlagt av kommunen, og man har en prosedyre på dette. Kommunen har ikke samarbeid/kontakt med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ ambulante rehabiliteringsteam.

Koordinator og individuell plan: brukere tildeles kun en koordinator som en del av en individuell plan. Ellers er det praksis å tildele brukeren en primærkontakt fra hver tjenesteenhet. Individuell plan opprettes ikke systematisk til slagrammede som trenger tverrfaglige rehabiliteringstjenester i hjemmet. Brukere som tildeles en individuell plan får denne oppdatert/evaluert jevnlig i løpet av det første året. Den individuelle planen brukes aktivt under rehabiliteringsprosessen som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere, den slagrammede og de pårørende.

4.8 Presentasjon av kommune 1 og 2

Sammensetning av rehabiliteringsteam: Kommune 1 har et fast sammensatt rehabiliteringsteam, hvor ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier har en fast stillingsprosent som er spesifikt tilknyttet teamet. Kommune 2 har ikke fast rehabiliteringsteam. Begge kommuner sammensetter Ad.hoc.- team ved behov. Forskjellen er at kommune 1 har mulighet for å knytte lege og sosionom til teamet. Dette har kommune 2 ikke.

Samhandling: I kommune 1 avholdes det systematiske møter mellom tjenesteyterne og den slagrammede under et rehabiliteringsforløp. Der avholdes 3-4 møter det første året, hvor deltakerne velges ut i fra brukers behov. I kommune 2 avholdes der ikke systematiske møter.

I kommune 1 foregår det første møte på sykehuset kort tid før utskriving. I kommune 2 foregår dette møtet kort etter utskriving i kommunens lokaler. I kommune 1 bestemmer sykehuset struktur og innhold på det første møtet, og i kommune 2 ivaretas dette av kommunen. I kommune 1 har det kommunale rehabiliteringsteam kontakt/samarbeid med sykehuset rehabiliteringsavdeling/ambulante rehabiliteringsteam etter den slagrammede er utskrevet. Denne kontakten foregår telefonisk og er standardisert/formalisert/planlagt. Kommune 1 deltar i prosjekter omkring hjerneslag og utskriving sammen med helseforetaket. I kommune 2 har man ingen kontakt med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team etter brukeren er utskrevet.

Koordinator og individuell plan: I kommune 1 tildeles slagrammede med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester en koordinator. Dette skjer kun i kommune 2 om bruker tildeles en individuell plan. I kommune 1 opprettes der systematisk en individuell plan til slagrammede som tildeles tverrfaglige tjenester, ofte opprettes der i tillegg en rehabiliteringsplan. Dette gjøres ikke i kommune 2.

4.9 Informanter– fase 2 Kommune 1 og 2

Informant A er kvinne og tilhører alderskategorien mellom 51-60 år. Hun var utdannet ergoterapeut i 1985 og er avdelingsleder for fysioterapi- og ergoterapi. Hun er ansatt i en 100 prosent stilling. Hun har vært ansatt som ergoterapeut i kommunen siden 1990, og har fungert som leder siden 2010. Før sin ansettelse i kommunen arbeidet hun 3 år med rehabilitering på et revmatismesykehus. Informanten har videreutdanning innen tverrfaglig rehabilitering, motivasjonspsykologi, helsepsykologi, planlegging/organisering av helse- og sosialtjenester for eldre og veiledning.

Informant B er kvinne og er i aldersgruppen mellom 20-40 år. Hun var ferdigutdannet som fysioterapeut i 2003. Hun er ansatt i en 100 prosent stilling som fysioterapeut, og ble tilsatt i denne stillingen i 2010. Informanten har erfaring innen slagrehabilitering fra spesialisert rehabiliteringsavdeling fra et sykehus. Hun har i tillegg videreutdanning i slagbehandling basert på Bobathkonseptet.

Informant C er kvinne og tilhører alderskategorien mellom 51-60 år. Hun er ansatt i en 100 prosent stilling som avdelingsleder, og har fungert i denne siden 2006. Hun ble ferdigutdannet som sykepleier i 1982, og har vært ansatt i kommunen siden 1983. Hun har videreutdannelse innen lindrende behandling og administrasjon og ledelse.

Informant D er kvinne og tilhører aldersgruppen mellom 20 og 40 år. I 2002 ble hun ferdigutdannet som sykepleier. Hun er ansatt som avdelingsleder i en 100 prosent stilling, og har fungert i denne siden 2010. Fra 2003 – 2006 har hun vært ansatt som sykepleier. I perioden 2006-2010 fungerte hun som tjenesteleder i kommunen. Informanten har videreutdanning innen lindrende behandling, grunnfag i psykologi, deleksamen innen psykologi i ledelse/psykologi. På nåværende tidspunkt holder hun på med videreutdanning innen administrasjon og ledelse.

Kommune 2

Informant A er en kvinne. Hun er i alderskategorien mellom 41-50 år. Informanten er ansatt i en 100 prosent stilling som gruppeleder, og har vært tilsatt i denne stilling siden 2013. Hun ble ferdigutdannet som sykepleier i 1992, og har arbeidet i kommunen siden 1995. Hun har arbeidserfaring fra 2. linjetjenesten.

Informant B er en kvinne, og tilhører alderskategorien mellom 20-40 år. Hun er ansatt som ergoterapeut i en 80 prosent stilling. Hun ble ferdigutdannet i 2006, og ble ansatt i kommunen det samme året.

Informant C er en kvinne. Hun er i aldersgruppen 51-60 år. Hun har vært ansatt som konsulent i kommunens fagteam i en 100 prosent stilling siden 2009. Hun ble utdannet som sykepleier i 1985 og ble tilsatt i kommunen i 1986. Hun har fungert som sykepleier i institusjon og hjemmetjenesten i kommunen, og har likeledes vært avdelingsleder i hjemmetjenesten.

Informant D er kvinne og tilhører alderskategorien mellom 20-40 år. Hun er ansatt i en 100 prosent stilling som tjenesteleder og har fungert i denne stillingen fra 2009-2011. Hun ble utdannet sykepleier i 1999 og ble ansatt som dette i kommunen det samme året. Hun har ikke videreutdanning.

Informant E er mann og tilhører aldersgruppen mellom 51-60 år. Han ble utdannet som lege i 1982. Han har spesialutdanning innen almenmedisin og holder på med spesialisering innen samfunnsmedisin. Han har arbeidet i kommunen siden 1985. Han har en 20 prosent stilling som kommuneoverlege og 80 prosent stilling som fastlege. Han har et år arbeidserfaring fra en medisinsk avdeling.

4.9.1 Funn – Fase 2

4.9.2 Pasients (Bruker)

Kommune 1

Fysioterapeut og ergoterapeut beskriver at rehabilitering skal være målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset. De vektlegger deltakelsesprinsippet både i og uten for hjemmet. Dessuten anvendes begrepene hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Hverdagsrehabilitering beskrives som rehabiliteringstjenester der skal forbygge at en potensiell bruker skal motta kommunale tjenester i fremtiden. Hjemmerehabilitering defineres som rehabilitering til brukere som mottar kommunale tjenester. Terapeutene ser rehabilitering som et eget fagfelt.

Sykepleierne beskriver rehabilitering som «hjelp til selvhjelp» med hovedfokus på mestring av daglige funksjoner i hjemmet, og har ikke spesielt fokus på deltakelse i samfunnet. Hovedfokus i rehabiliteringen bør ifølge sykepleierne være på brukerens mestring av de daglige funksjoner i hjemmet. Informant D beskriver rehabilitering: «*det er alt du gjør i løpet av en dag fra du står opp om morgenen til du legger deg om kvelden. Det er hjelp til selvhjelp, at pasienten får gjøre og føle mestring på det han gjør hver dag. Det går mer på daglige funksjoner fremfor kun opptrening*».

Felles for terapeuter og sykepleies forståelse av rehabilitering er at brukerens rehabilitering primært skal foregå i hjemmet, og at brukeren skal være aktiv i dagliglivets aktiviteter. Både terapeuter og sykepleiere er enige om en praksis som er i tråd med retningslinjene tjener brukeren. Tverrfaglig samarbeid ses som viktig og nødvendig for å få til en slik praksis.

Slagrammede er prioritert på lik linje med andre brukergrupper. Det er brukerens ressurser og kompleksiteten av dennes utfordringer, som hovedsakelig bestemmer prioriteringen av den enkelte bruker. Utsagnet fra informant B utdyper dette: «*Jeg føler at slagpasienter er ganske høyt prioritert. Det er veldig viktig, viss man ikke setter inn tiltak med slagpasienten så faller de gjerne fort, og man får ikke utnyttet ressursene de har. Det er viktig å kartlegge, vurdere og få satt i gang tiltak tidlig for å unngå at det blir flere slag. Slik at brukerne kan bo hjemme så lenge som mulig*».

Ifølge informantene i kommune 1 har man fra politisk hold et overordnet mål om, at brukere skal fungere best og lengst mulig eget hjem, og har derfor valgt at satse på hjemmebaserte tjenester og rehabilitering.

Kommune 2

I kommune 2 er 4 av 5 informanter enige om at rehabilitering skal ha fokus på at å trene opp brukernes ferdigheter så de kommer tilbake dit de var før slaget, hvis det er mulig, eller bli så bra som de kan bli og kan klare seg med minst mulig hjelp. Tverrfaglig samarbeid ses som viktig. Rehabilitering oppfattes som en del begrenset del av behandling og/eller pleie.

Forståelsen av rehabiliteringsbegrepet i kommunen kan belyses ved informant B's definisjon: *«rehabilitering er gjenopptrening av personens sine ferdigheter etter sykdomsperiode eller skade. Enten å få brukerne så bra som de kan bli, eller om mulig få dem tilbake dit de var før slaget. Da må man samarbeide flere faggrupper, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier»*

Informant A betoner derimot brukerens egne mål i hennes beskrivelse av rehabilitering: *«rehabilitering handler om at brukeren skal nå sine mål. Sette i gang tiltak og ressurser rundt brukeren for at hjelpe denne til å nå målene sine».*

Rehabilitering av slagrammede brukere er lavere prioritert enn eksempelvis kreftomsorg og brukere med akutte behov. Informant B uttaler: *«slagrammede brukere er nedprioritert. Det som er akutt, og det som bare velter inn man må ta, tenker det gjelder både pleiere og terapeuter».*

Pasients (Bruker) - oppsummering

Fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommune 1 beskriver at rehabilitering skal være målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset. Brukerens egne mål er utgangspunktet i rehabiliteringsprosesser. Deltakelsesprinsippet vektlegges både i og uten for hjemmet. Brukeren må definere egne mål, som er bestemmende for rehabiliteringsprosessen. Rehabilitering ses som et eget fagfelt. I kommune 2 mener 4 av 5 informanter at målet for rehabilitering at trene opp brukernes ferdigheter så brukeren kommer tilbake til tidligere funksjonsnivå, hvis det er mulig, eller bli så bra som de kan bli og kan klare seg med minst mulig hjelp. Rehabilitering oppfattes som en begrenset del av behandling og/eller pleie. I kommune 1 er rehabilitering og hjemmebaserte tjenester et satsingsområde. Rehabilitering prioriteres høyere i kommune 1 enn i kommune 2.

4.9.3 Staff (Personell)

Kommune 1

I kommunen er det god tilgang på personale med høgskoleutdanning, og mangel på assistenter. Man har et velfungerende tverrfaglig samarbeid, som gradvis er blitt bedre og bedre. Dette skyldes bedre kommunikasjon mellom fagpersonene, og at disse er vant med å arbeide i tverrfaglige team og har jevnlige fagmøter. I brukersaker hvor det er flere faggrupper involvert, har pleiepersonalet og terapeutene faste møter. Graden av tverrfaglig samarbeid virker til å være knyttet til kompleksiteten av brukerens utfordringer. Alle informantene ser tverrfaglig samarbeid som en nødvendighet innen slagrehabilitering i hjemmet. Terapeutene ser tverrfaglig samarbeid som synonymt med rehabilitering.

Informant A sier følgende om tverrfaglig samarbeid: *«tverrfaglig samarbeid er viktig for å få et bredest og best mulig tilbud til bruker. Det å kartlegge tverrfaglig og få ulike synspunkt med sin fagutdannelse i bakgrunn, er alfa omega. Du kan ikke kartlegge helheten alene, selv om alle påberoper oss å tenke helhetlig. Når jeg tenker rehabilitering tenker jeg tverrfaglig samarbeid».*

Fastlegene og sykepleierne er oppdelt i primærgrupper. Disse består av en sykepleier, en hjelpepleier og/eller en assistent som samarbeider med 2-4 fastleger omkring en mindre gruppe pasienter. Man møtes 2 ganger i året til en gjennomgang av brukersakene, og har ellers kontakt ved behov. Om der skjer en utskifting, og der kommer en ny sykepleier inn, så møtes man til en gjennomgang av brukeren. Kommuneoverlegen har på vegne av fastlegene ønsket primærgruppeordningen, og har vert og er en aktiv pådriver for denne.

Man har kultur for å avholde fagmøter mellom sykepleiere, lege, fysioterapeut, ergoterapeut. Møtene er som regel relatert til brukersak, og avholdes etter behov. Et eventuelt nytt møte avtales under møtet. Informant D forteller: *«Vi pleier å ha fagmøter, ofte så har vi gjerne formøter med oss som fagpersoner, som må inn i saken. Kanskje det er lege, fysioterapeut, ergoterapeut. Så drøfter vi hva utfordringene er, hva må vi jobbe med, hvem har ansvar for hva, og setter opp progresjon. Så har vi møte med brukene for å få de med. De skal jo være delaktig i det vi prøver å få dem til å gjøre. I møtene bestemmer vi hva legger vi til rette for i hverdagen, hva skal vi jobbe med».*

Pleiepersonalet arbeider tett sammen med de kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter i rehabiliteringssaker, og foretar ofte kartlegging/vurdering av brukeren sammen ved første besøk i hjemmet når brukeren kommer hjem fra sykehus eller kommunalt rehabiliteringsopphold. Terapeutene anses av pleiepersonalet som ressurspersoner på feltet.

Avdelingslederne har møte en gang i måneden, hvor man kan ta opp ønskede emner. Det at man har tydelige formelle treffpunkt på grasrots- og ledelsesnivå bidrar i ifølge informantene til å styrke det tverrfaglige samarbeid og den gjensidige forståelse av hverandre.

I kommunen yter de kommunale ressurspersoner innen rehabilitering tjenester til hjemmeboende brukere. Førstelinjelederen for terapeutene er ergoterapeut, og har lang praksiserfaring og videreutdanning innen rehabilitering. Hun fungerer i en delt stilling som 1. linjeleder for ergo- og fysioterapeutene, men arbeider og som ergoterapeut. Hun er og leder for kommunens faste rehabiliteringsteam. Fysioterapeuten har videreutdanning innen hjerneslag. Begge har praksis innen rehabiliteringsfeltet fra 1. og 2. linjetjenesten. Begge disse arbeider med slagrammede brukere i eget hjem.

I kommunen har man tilgang til privatpraktiserende logoped og sosionom gjennom NAV. Logopeden brukes i brukersaker hvis der er behov for det. En kommunalt ansatt logoped mener informantene ville ha bidratt ytterligere til å styrke det tverrfaglige tilbudet og samarbeidet. Sosionom er ikke blitt brukt i forhold til slagrammede brukere, og informantene er usikker på hva denne faggruppen kan bidra med.

Informantene forteller at sykepleiere og annet pleiepersonell har en utfordring med å skape/ bidra til situasjoner, hvor den slagrammede er mest mulig aktiv og selvstendig. De har en tendens til at ta over for brukeren. Ønsket om å «hjelp» bruker ved å gjøre noe aktivt frem for å legge til rette så han/hun kan være aktiv, virker til å bli forsterket av at man ikke er helt enige om at prioritere dette som en del av tjenesten. Sykepleiernes og annet pleiepersonales selvstendighet er begrenset av, at det på forhånd er definert hva tjenesten skal inneholde.

Informant D uttrykker det slik: *« vi vil jo gjerne hjelpe, og er alltid på tilbudssiden. Det er kjempeutfordrende i hverdagen å få folk til å ha fokus på hjelp til selvhjelp. At du ikke blir institusjonskandidat fordi du ikke kan få gjøre tingene dine selv. Det tar en bare 2 minutter å*

la en bruker få gå over gulvet selv når du er innom til en. Det er ikke alle som prioriterer det, de tenker at "jeg skal inn å gjøre den jobben og så går jeg forttest mulig ut igjen».

Terapeutene i kommunen har større fokus på tilrettelegging av omgivelsene rundt bruker, så denne får brukt ressursene sine, og definerer i større grad selv innholdet på tjenestene de tilbyr.

Kommune 2

I kommunen er det mangel på personale med høyskoleutdanning, men en har god tilgang på assistenter. Informantene ser tverrfaglig samarbeid som ønskelig i forbindelse med at tilbyde brukeren en rehabilitering som er i tråd med retningslinjene. Man forteller at det ikke er vanlig at arbeide tverrfaglig i rehabiliteringssaker til hjemmeboende brukere. Man arbeider oftest parallelt med hverandre, og man sjeldent har felles mål.

I kommunen har man ikke dokumenterte rutiner og system som beskriver ønsket praksis for det tverrfaglige samarbeid knyttet til rehabilitering av brukere i hjemmet. Det tverrfaglige samarbeid beskrives som begrenset, tilfeldig og avhengig av den enkelte fagperson i hjemmetjenesten. Eksisterende rutiner omkring overføring fra rehabiliteringsavdeling til eget hjem fungerer ikke som ønsket.

Informantene er enige om at sykepleiere og annet pleiepersonale ofte tar over aktiviteter brukeren kan gjøre selv. Informantene opplever at det kan være utfordrende å få brukere til å medvirke aktivt i utførelsen av dagliglivets aktiviteter. Gode kommunikasjonsferdigheter hos pleiepersonalet ses som viktige for at brukerne forstår viktigheten av egeninnsats fremfor passiviserende «hjelp». Det uvant og ikke akseptert innen pleiekulturen i hjemmetjenesten «å stå med hendene på ryggen». Manglende tid og kjennskap til bruker, tall brukere en har ansvar for, kunnskap omkring kommunikasjon, redsel for å såre/støte bruker, utdanning og pleiekultur er faktorer som virker inn på, at man tar over for bruker.

Informant A beskriver det som følger: *«Det vi som pleiepersonale må jobbe med er ikke å ta over. Man har litt dårlig tid og skal videre til neste bruker så er det veldig lett for å ta over. Man ødelegger da veldig lett de ferdighetene pasienten har. Mange pasienter vil ha hjelp, og det er vanskelig å få dem til å gjøre ting. Vi er veldig "flinke" til å ta over, det ligger i oss. Man mener ikke noe vondt med det. Det å stå med hendene på ryggen er den verste jobben*

man kan gjøre i hjemmesykepleien tror jeg. Det er veldig viktig, at vi tenker over hvordan vi kommuniserer med brukeren og hvordan vi får frem budskapet, at du faktisk står med hendene på ryggen fordi det er en fordel for brukeren».

Man har ikke faste tverrfaglige møter og møtearenaer. Ifølge informantene har fysioterapeutenes tverrfaglige samarbeid med hjemmetjenesten et forbedringspotensiale. Informant D forteller: «når brukene kommer hjem, er der bare hjemmesykepleieren, og så har de oppfølging med fysioterapeut. Vi vet ikke når de er der, for de planlegger litt for seg selv». Det er ikke tilgang til sosionom, og ikke et fast rehabiliteringsteam i kommunen. Ifølge informantene forventes vernepleiere å kunne bidra positivt innen rehabilitering, men brukes ikke til dette. Ingen av informantene i kommune 2 har videreutdanning innen rehabilitering eller hjerneslag. Man har samlet personale med mest rehabiliteringskunnskap på den kommunale rehabiliteringsavdeling på kommunens omsorgssenter.

Staff (Personell) – oppsummering

I begge kommuner ses tverrfaglig samarbeid nødvendig innen rehabilitering. Kommune 1 har en etablert tverrfaglig møtepunkt på grasrot- og ledernivå som fungerer både på individnivå og systemnivå, hvilket ikke er tilfellet i kommune 2. Kommune 1 har rutiner og system knyttet til rehabilitering. Kommunalt ansatte fysioterapeuter som har ansvar for rehabilitering av brukere i hjemmet, og en har et velfungerende samarbeid med hjemmetjenesten. Kommune 2 har privatpraktiserende fysioterapeuter, og samarbeidet med hjemmetjenesten fungerer ikke som ønsket. Ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommune 1 er samlokalisert og har samme leder. I kommune 2 er terapeutene lokalisert forskjellige steder.

I kommune 1 arbeider fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier sammen i tverrfaglige team omkring brukeren sine mål. I kommune 2 arbeider fagpersonene parallelt og sjeldent i team. Man har ingen eller forskjellige mål. I kommune 1 fungerer ergo- og fysioterapeutene som veiledere og undervisere overfor pleiepersonalet. I kommune 2 foregår dette i mindre strukturert grad og omfang.

I begge kommuner blir det tydelig, at sykepleierne og annet pleiepersonell har tendens til å ta over oppgaver for bruker. Fysioterapeuter og ergoterapeuter legger til rette omgivelsene for brukeren så denne kan være aktiv.

Kommune 1 har tilgang på sosionom. Dette har ikke kommune 2. Ingen av kommunene bruker sosionom i rehabiliteringsprosesser. I kommune 1 har det faste rehabiliteringsteam overordnet ansvar for rehabiliteringstilbudet i kommunen, og har undervisningsansvar. Kommune 2 har intet fast rehabiliteringsteam med slikt ansvar.

I kommune 1 har terapeuter videreutdanning og praksiserfaring innen feltet og arbeider med slagrammede brukere i eget hjem. Ingen av informantene i kommune 2 har videreutdanning innen rehabilitering eller hjerneslag.

I kommune 1 har man primærgruppeordning, hvor kommuneoverlege er aktiv pådriver for samarbeidet mellom fastlege og sykepleiere/annet pleiepersonell. I kommune 2 kan bruker ved behov tildeles en kontaktperson, og samarbeidet med fastlege er mer perifert. Kommuneoverlege har ikke i samme grad en pådriver rolle i forhold til samarbeidet.

I kommune 1 foretar terapeuter og pleiepersonale en kartlegging/vurdering av bruker ved første hjemmebesøk. Dette er ikke gjeldende praksis i kommune 2. I kommune 1 har man god adgang på personale med høgskoleutdanning. I kommune 2 sliter man med å rekruttere personale med slik bakgrunn.

4.9.4 Information and information Technology (Informasjonsflyt og teknologi)

Kommune 1

Kommunen har tydelige kommunikasjonsveier mellom nivåer, enheter og fagpersoner. Kommunikasjonen mellom fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og sykepleiere virker til å være regelmessig og fungerer godt.

Ifølge informantene fungerer den tverrfaglige kommunikasjon knyttet til rehabiliteringssaker stort sett bra. Den er blitt bedre de siste årene, og fungerer best i komplekse rehabiliteringssaker. Informant B beskriver det slik: *«Det tverrfaglige samarbeid er ofte bedre i komplekse saker. Man må samarbeide mer. Det blir enda viktigere å kommunisere og samarbeide».*

Kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter er lokalisert samme sted og har felles leder.

Hjemmetjenesten har en direkte link til fastlegene via primærgruppeordningen. Kommunens faste tverrfaglige rehabiliteringsteam har det overordnede ansvaret for rehabiliteringstilbudet i kommunen. Teamet har faste møter hvor man deler informasjon og kunnskap relatert til saker på både system- og individnivå.

Koordinerende enhet håndterer saksgangen av de komplekse brukersaker, og bestemmer og kommuniserer ut hvilke fagpersoner som skal delta i ad hoc rehabiliteringsteamet i hver enkelt brukersak, og om tildeling av koordinator eller individuell plan skal vurderes. Informantene forteller at disse tverrfaglige fora bidrar til, at der skjer en tverrfaglig deling av informasjon og drøfting av så vel generelle tema relatert til rehabiliteringsfeltet som brukersaker hvor dette vurderes nødvendig. Kommunen har 2 saksbehandlere som samarbeider med sykehusene i forbindelse overføring av brukere fra sykehus til kommune. Disse er også den interne link til fagpersonene.

Kommunen har et felles og velfungerende internt journal og registreringssystem hvor man kan sende e-meldinger med sensitiv informasjon til hverandre. Hver fagperson kan gi andre fagpersoner tilgang deres dokumentasjon. Informant D forteller: *«Vi har et veldig godt e-melding system hvor vi kan sende melding til lege, ergoterapeut og fysioterapeut. Vi skriver ned problemstillingen, så kan de prioritere om de må gå fort inn eller det kan vente litt. Det er et lukket system og vi kan sende sensitiv informasjon».*

Kommunen skal dessuten delta i et samarbeidsprosjekt med helseforetaket om et felles e-meldingssystem. Tildeling av koordinator, individuell plan og/eller rehabiliteringsplan anvendes systematisk og aktivt som et samhandlingsverktøy mellom bruker/pårørende og fagpersoner, og mellom fagpersoner.

Kommune 2

Kommunen har mindre strukturerte kommunikasjonsveier mellom nivåer, enheter, faggrupper og fagpersoner. Den tverrfaglige kommunikasjon mellom fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og sykepleiere skjer mer tilfeldig og uregelmessig. Det virker ikke som det er faste tverrfaglige møtepunkt mellom leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter relatert til brukere i eget hjem. Man søker å avholde fagmøter ved behov relatert til den enkelte bruker. Den enkelte sykepleier har oftest ansvar for å innkalle til slike møter.

De privatpraktiserende fysioterapeutene, de kommunale ergoterapeutene og hjemmetjenesten er lokalisert forskjellige steder, hvilket vanskeliggjør kommunikasjonen. Oftest foregår kontakten per telefon og på offisielle møter. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har ukentlige møter, men har ikke faste møtefora med pleiepersonalet. Fastlegene har ingen faste møter med pleiepersonalet. Informant B forteller: *«Vi har ikke noe formelt samarbeid ute i hjemmet. Man ringe om man lurar på spesielle ting. Fysioterapeutene og ergoterapeutene har møter ukentlig. Vi sitter ikke i lag lenger, de sitter oppe og vi nede. Vi samler kanskje mer opp til ukentlige møter, der vi har mer fordeling av brukerne og diskuterer brukerne. Vi treffes på gangen, men ikke på samme måte som før».*

I kommune 2 har man ikke felles dataverktøy hvor man kan sende sensitiv informasjon til hverandre.

Tildeling av koordinator finner kun sted i sammenheng med individuell plan, Individuell plan anvendes ikke systematisk i kommunen. Om individuell plan opprettes, så anvendes dette som et samhandlingsverktøy mellom bruker/pårørende og fagpersonene, og fagpersonene i mellom.

Information and information Technology (Informasjonsflyt og teknologi) - oppsummering

Basert på informantenes utsagn har kommune 1 tydelige kommunikasjonsveier, system og rutiner mellom nivåer, enheter og fagpersoner, idet det er utviklet faste tverrfaglige møtepunkt både på ledernivå og grasrotnivå. Man møtes ved behov om dette er nødvendig. Individuell plan og/eller rehabiliteringsplan anvendes systematisk og aktivt som et samhandlingsverktøy mellom bruker/pårørende og fagpersoner, og mellom fagpersoner.

Kommune 2 har derimot i mindre grad faste tverrfaglige møtepunkt. Når aktørene møtes er det i forbindelse med brukersaker, og det er i stor grad opp til den enkelte fagperson (gjærne sykepleier) å ta initiativ til slike møter. Tildeling av koordinator, individuell plan og/eller rehabiliteringsplan anvendes ikke systematisk og sjeldent i kommunen. Opprettes der individuell plan anvendes dette som et samhandlingsverktøy mellom bruker/pårørende og fagpersonene, og fagpersonene i mellom.

I kommune 1 har man et felles og velfungerende internt e-meldingssystem og journalsystem. Fagpersonene kan gi andre fagpersoner tilgang til deres dokumentasjon og sende sensitiv informasjon til hverandre. Kommunen skal dessuten delta i et samarbeidsprosjekt med helseforetaket om felles e-meldingssystem. Dette er ikke tilfellet i kommune 2.

4.9.5 Performance (Utførelse)

Kommune 1

I 2010 befant kommunen seg i en vanskelig situasjon. Man valgte å gjennomgå strukturer og rutiner, og foretok en omstillings- og omstruktureringsprosess som har ført til bedre intern struktur, samarbeid, samhandling, fleksibilitet og økonomi.

For å forbedre kvaliteten på tjenester og gjøre disse mer kostnadseffektive er man bevisst på å delta i prosjekter. Man har deltatt i et samarbeidsprosjekt med helseforetaket omkring utskrivning fra sykehus til kommune. En del av dette prosjektet omhandlet brukere med hjerneslag. Førstelinjelideren for fysioterapeutene- og ergoterapeutene deltok i disse prosjekter og har i den sammenheng arbeidet med de nasjonale faglige retningslinjer.

Kommunen har deltatt i et interkommunalt samhandlingsprosjekt, hvor alle deltakende kommuner har foretatt en kartlegging i egen kommune. Her definerte man kommunenes utfordringer, hva man kan håndtere selv og hva man trenger hjelp av spesialisthelsetjenesten til. Det faste rehabiliteringsteam diskuterer løpende det kommunale rehabiliteringstilbud på møtene sine, og har vært med til å utvikle de gjeldende rutiner omkring rehabilitering i hjemmet

Tildeling av koordinator, individuell plan og rehabiliteringsplan anvendes til å sikre kvaliteten på tjenestene. I de tverrfaglige Ad.hoc.- team diskuteres de enkelte rehabiliteringsprosesser.

Kommune 2

Kommunen har ikke hatt samme gjennomgang av kommunale strukturer og rutiner.

I kommunen har man hatt et rehabiliteringsprosjekt knyttet til den kommunale rehabiliteringsavdeling omkring rutiner og prosedyrer for rehabiliteringsopphold på avdelingen. En har nylig hatt et oppsummeringsmøte i forhold til dette. Man ønsker å få til et

tilsvarende prosjekt omkring rehabilitering av hjemmeboende brukere, men har ikke på nuværende tidspunkt utviklet system, rutiner og prosedyrer omkring dette.

Tildeling av koordinator og opprettelse av individuell plan anvendes sjeldent som et verktøy til å sikre kvaliteten på tjenestene.

Performance (Utførelse) - oppsummering

På systemnivå: Kommune 1 har vært gjennom en vellykket omstillingsprosess som har ført til bedre internt samarbeid, samhandling, fleksibilitet og økonomi. I kommune 2 har der ikke vært gjort en slik gjennomgang og omstilling.

I kommune 1 har man for å kartlegge og forbedre kvaliteten på tjenestene og gjøre disse mer kostnadseffektive på systemnivå vært bevisst om å delta i relevante prosjekter, og anvende disse til å forbedre strukturer og rutiner. I kommune 2 har man ikke i samme grad vært bevisst på dette.

Førstelinjelederen for fysioterapeutene- og ergoterapeutene deltok i disse prosjekter og har i den sammenheng arbeidet med de nasjonale faglige retningslinjer, og har informert om retningslinjene i hjemmetjenesten. Informantene i kommune 2 er kjente med retningslinjene, men har ikke anvendt de i praksis.

Individnivå: i kommune 1 anvendes koordinatorordningen, individuell plan og rehabiliteringsplan som et verktøy til sikre kvalitet på tjenestene, I kommune 2 brukes dette mindre bevisst og sjeldent. I kommune 1 legges til rette for opprettelses tverrfaglige Ad.hoc.-team, og diskusjoner av brukenes rehabiliteringsprosesser. I kommune 2 opprettes i liten grad tverrfaglige team. Man ligger i mindre grad til rette for og planlegger tverrfaglige diskusjoner omkring rehabiliteringstjenester.

Kommune 1 har et fast rehabiliteringsteam som løpende diskuterer det kommunale rehabiliteringstilbud på møtene sine, og har vært med til å utvikle de gjeldende rutiner omkring rehabilitering i hjemmet. I kommune 2 har man ikke fast rehabiliteringsteam med ansvar for det kommunale rehabiliteringstilbud. I kommune 1 diskuterer primærgruppene, annet pleiepersonale og førstelinjeleder tiltak hos brukere på rapportene i hjemmetjenesten.

4.9.6 Leadership (Ledelse)

Kommune 1

Førstelinjeledere i hjemmetjenesten har ansvar for fordeling av brukere, og fungerer som en tilrettelegger, så primærgruppene kan ivareta det helhetlige ansvaret rundt de tildelte pasienter. Førstelinjeledere i hjemmetjenesten tar ved behov initiativ til at diskutere tilnærming til brukere når hun møtes med personalet om morgenen, i lunsjen og om ettermiddagen. Hun prøver å være tilstede på disse tidspunkt. Ved behov settes der lengere tid av til diskusjoner av faglige tema. Informant D beskriver det slik: *«Viss vi har utfordrende brukere, så snakker vi om det på rapportene. Jeg er ikke ute i felten, så jeg stoler på personellet mitt, at der er noen som drar i trådene. Primærgruppene må ta ansvaret sitt for de har ansvar for at følge opp pasienten, så jeg stoler på at de tar tak i det».*

Førstelinjelederne har for kort tid siden avholdt et tverrfaglig fellesmøte, hvor man diskuterte utfordringene i forbindelse med rehabilitering og tildeling av tjenester. Førstelinjelederne i kommune 1 har eller holder på med videreutdanning innen ledelse. Lederne av fysioterapeutene og ergoterapeutene har videreutdanning og lang praksiserfaring innen rehabilitering. Hun arbeider i også praksis som ergoterapeut.

Førstelinjeledere i kommunen fokuserer på personalets faglige utvikling. Dette kan illustreres ved følgende utsagn av informant A: *«avdelingslederen bør tenke på faglig utvikling for personalet, og få med seg det som skjer. Hun har ansvar for den daglige driften av avdelingen og for at avdelingen skal svare på eller tilfredsstillende kravene til kommunen i forhold til tjenester til brukene, og at det stemmer overens med satsingsområdene. Øker du kompetansen, lærer nye metoder, metodikker så vil det bedre praksisen».*

Førstelinjeleder for fysioterapeuter og ergoterapeutene har diskutert retningslinjene internt med personalet sitt og har formidlet retningslinjene til hjemmetjenesten. Førstelinjeledere for terapeuter og i hjemmetjenesten er enige om at brukeren skal klare seg lengst mulig i eget hjem, og målet er at han skal komme hjem og fungere der, og rehabilitering i hjemmet ses som et middel til at oppnå dette.

Kommunalt ansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter er samlokalisert under samme ledelse, og møtes ofte både formelt og uformelt.

Kommune 2

Førstelinjeledene i hjemmetjenestene setter opp programmet til pleiepersonalet, og planlegger fordeling av tid og brukere. Lederne kan tildele bruker en kontaktperson ved behov.

Rehabilitering legges inn i den tid som er tildelt bruker, og vurderes som en del av de tjenester bruker tildeles. Informant A beskriver det slik: *«det er førstelinjeledere som setter opp programmet. Hun planlegger fordeling av tid og brukere, og kan sette opp ekstra tid at viss det er rom for det. Rehabilitering legges inn i den tildelte tiden. Det må ikke gjøres et nytt vedtak. Jeg må planlegge at de andre ansatte tar andre brukere slik at man får frigitt tid. Så førstelinjeleder har stort ansvar for hvordan praksis blir for den bruker som har slag».*

Førstelinjelederne har ansvaret for at legge til rette rammene for fagpersonene, samt å sørge for at medarbeiderne gjør det de har fått beskjed om. Lederne har også ansvar for tildeling av ressurser og enhetens økonomi. Samt for opplæring og tildeling kurs så de ansatte skal få den kompetansehevingen de trenger.

Ingen av de intervjuede gruppeledere har videreutdanning innen rehabilitering eller administrasjon og ledelse. Førstelinjelederen for terapeutene har begrenset kunnskap om rehabiliteringsfeltet. Førstelinjeledene har ansvar for å legge til rette for veiledning, kurs og opplæring av fagpersonene. Førstelinjeleder for de kommunalt ansatte terapeuter er leder for flere enheter og har liten kjennskap til rehabiliteringsfeltet, og er ikke involvert i praksis.

Kommunalt ansatte terapeuter og private fysioterapeuter har ikke samme leder og er lokalisert forskjellige steder.

Ledelse - oppsummering

I kommune 1 har førstelinjeledene i større fokus på fag og veiledning enn i kommune 2 hvor rollen til førstelinjeleder virker mer administrativt orientert.

Førstelinjelederne i kommune 1 har eller holder på med videreutdanning innen ledelse. Dette er ikke tilfellet i kommune 2. Lederne av fysioterapeutene og ergoterapeutene i kommune 1 har videreutdanning, lang praksiserfaring innen rehabilitering og arbeider i praksis som ergoterapeut. Lederen i kommune 2 har ingen videreutdanning eller praksiserfaring innen rehabiliteringsfeltet. Hun har lederansvar for flere faggrupper, men dette inkluderer ikke de

privatpraktiserende fysioterapeuter som tilbyder tjenester til hjemmeboende brukere. Hun er ikke ute i praksis.

I begge kommunene setter førstelinjelederne i hjemmetjenesten opp programmet for pleiepersonalet. Forskjellen er, at i kommune 1 har primærgruppene det helhetlige ansvaret for de tildelte brukere. I kommune 2 til dels bruker ved behov en kontaktperson.

Førstelinjeleder for terapeutene i kommune 1 har diskutert retningslinjene internt med personalet sitt, og har formidlet retningslinjene til hjemmetjenesten. Dette har ikke vært gjort i kommune 2.

I kommune 1 er førstelinjelederen i hjemmetjenesten tar bevisst om at ta initiativ til at diskutere tilnærmingen til brukere når hun møtes med personalet. Ved behov settes der lenger tid av til diskusjoner av faglige tema. Førstelinjeleder har for kort tid siden avholdt et tverrfaglig fellesmøte hvor hun hadde et innlegg hvor man diskuterte utfordringer i forbindelse med rehabilitering og tildeling av tjenester. I kommune 2 virker det ikke som om førstelinjelederne er like beviste om å ta opp utfordringer hos brukerne når personalet naturlig er innom basen.

Terapeutene i kommune 1 er samlokalisert og har den samme leder. I kommune 2 er de lokalisert forskjellige steder i kommunen og har ikke felles leder.

KAPITTEL 5 – ANALYSE OG DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg analysere og diskutere de empiriske funnene mine opp i mot den teori, som tidligere er presentert i kapittel 2.

Funn i fase 1: informanter og oppsummerte funn drøftes.

Funn i fase 2 drøftes utfra følgende 5 hovedkategorier: Pasients (Brukere), Leadership (Ledelse), Staff (Personell), Information and Information Technology (Informasjon & informasjonsteknologi), Performance (Utførelse). Kategoriene er basert på suksesskriteriene for kliniske mikrosystem som oppnår høg kvalitet og effektivitet (Nelson mfl., 2007:20).

5.1 Funn – fase 1

5.1.1 Informanter – fase 1

Informantene bestod hovedsakelig av middaldrende kvinner med lang fartstid i kommunen de arbeidet, og relativ lang ansettelsestid i deres nåværende stilling. Ettersom de hadde vært ansatt i mer enn 5 år i deres nåværende stilling og enda lengere i kommunen, kan de antas å ha omfattende viten om kommunen og hvordan rehabiliteringstjenesten i denne fungerer, og har fungert over tid. Dette taler for kvaliteten og troverdigheten av informantenes svar.

5.1.2 Oppsummerte - funn fase 1

De Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag er kjent i kommunene. Kjennskapet til retningslinjene var hovedsakelig fundert i at informantene visste at retningslinjene fantes, men at de ikke hadde anvendt dem i praksis. Det at jeg før undersøkelsen min informerte om telefonintervjuets spørsmål kan ha påvirket informantenes svar.

Det viste seg at der var mindre enn 10 slagrammede i hver kommune som i 2012 fikk tildelt hjemmebaserte rehabiliteringstjenester, og bare et fåtall av disse fikk tjenester i tråd med anbefalingene i retningslinjene. Det at kommunene har relativt få innbyggere kan være medvirkende til dette. Økt fokus på kontroll, forebygging og behandling av hjerte og kar problematikk (Helsedirektoratet, 2010:66-67) kan også være en faktor som kan virke inn på dette. Det at retningslinjene er i bruk hos et lite antall brukere i kommunene, kan ha sammenheng med manglende kjennskap til innhold og manglende erfaring med å anvende

retningslinjene i praksis. Dessuten kan innholdet antas å være tuftet på gjeldende prinsipper innen rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010: 91).

Kommunene sammensetter tverrfaglige rehabiliteringsteam ved behov. Få kommuner har et fast rehabiliteringsteam. Fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier, logoped og sosionom kan tilknyttes det tverrfaglige rehabiliteringsteam. Kommunene har mulighet til å sammensette tverrfaglige team med faggruppene som anbefales i retningslinjene. Samarbeid med sosionom foregår svært sjeldent, og det er lite kunnskap om hva denne faggruppen kan bidra med innen slagrehabilitering i kommunen. Logoped blir involvert når slagrammede har språk og talevansker. Logopedene er ikke ansatt i kommunen, og sjansen for å arbeide parallelt framfor tverrfaglig som anbefalt i retningslinjen er absolutt tilstede siden logopeden ikke er forpliktet til å inngå som en del av det tverrfaglige team.

Det avholdes systematiske møter mellom den slagrammede og det kommunale rehabiliteringsteam under et rehabiliteringsforløp. Bruker sine behov bestemmer hvem som deltar på møtene. Dette samsvarer med anbefalingene i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:96-97). Det første møtet mellom bruker og det kommunale rehabiliteringsteam foregår på sykehuset kort før pasienten utskrives. Innholdet er planlagt/standardisert og bestemt av sykehuset. Det at den kommunale rehabiliteringsprosess begynner under innleggelsen kan virke til å være i tråd med anbefalingene om å starte rehabiliteringsprosessen tidligst mulig og sikre en god overføring til kommunen.

Kommunale rehabiliteringsteam har telefonisk kontakt/samarbeid med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team etter at den slagrammede er utskrevet. Det at det er en slik kontakt er i tråd med anbefalingene (Helsedirektoratet, 2010:97). Kontakten er ikke planlagt. Dette kan medvirke til at kontakten blir tilfeldig.

Slagrammede med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester tildeles en koordinator. Dette er i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:96). Slagrammede som ønsker det og oppfyller de lovmessige kriterier tildeles en individuell plan. Individuell plan brukes som et samhandlingsverktøy for brukere, pårørende og fagpersoner. Det er i tråd med anbefalingene i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:96).

5.2 Funn – fase 2

5.2.1 Pasients (Bruker)

Ifølge Grol mfl. (2007:46) bør faglige retningslinjer være av god kvalitet og tilpasset til målgruppens behov og ønsker. I retningslinjene anbefales en grunnforståelse av den slagrammede bruker, som kan knyttes opp mot begrepet funksjonshemming. Dessuten anbefales en faglig tilnærming til bruker, hvilket kan funderes i begrepet rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010:91). Ifølge Grol mfl. (2007:48-51) bør man ved iverksetting av kliniske retningslinjer foreta en analyse av kommune og målgruppe. Er disse anbefalingene i retningslinjene tilpasset de kommunale ønsker og behov? Medfører de endringer i rutiner, og hvilke?

Basert på ovenstående kan det derfor være relevant å diskutere og analysere i hvilken grad kommunens/informantenes forståelse av begrepene funksjonshemming og rehabilitering stemmer overens med det som anbefales i retningslinjene. Hva er forskjellene mellom kommunene og er der interne forskjeller? Lederes og fagpersonenes grunnsyn på bruker og faglig tilnærming antas trolig å være en faktor som kan influere på om kommunal praksis er i tråd med de nasjonale retningslinjene siden det kan være med til å påvirke hvordan fagpersoner og førstelinjeledere agerer i organisasjonen (systemnivå), og sammen med bruker (individnivå). Dette kan også influere på i hvilken grad de kommunale aktører og rehabiliteringsteam klarer å møte og respondere på brukerens behov og ønsker, og forandre tjenestene utfra disse, hvilket kan ses som nødvendig innen rehabilitering (Nelson.2007:22).

Ifølge Nelson mfl.,(2007:235) er det i de kliniske mikrosystem hvor fagpersonenes syn på brukeren og faglige tilnærming formes og forandres. Her finner det meste av sosialisering og dannelsen sted etter endt profesjonsutdanning. Det kan derfor antas at forståelsen av funksjonshemming og rehabilitering skapes, påvirkes og vedlikeholdes i de tverrfaglige og eventuelt flerfaglige team rundt bruker.

I kommune 1 kan det virke det som om at fysioterapeuter/ergoterapeuter og sykepleiere har en tilnærmet lik forståelse av funksjonshemming. Informantene er bevisste om at omgivelsene (inkludert fagpersonenes tilnærming) fremmer eller hindrer bruker i å anvende egne funksjoner. I kommune 1 har fysioterapeutene og ergoterapeutene fokus på at rehabilitering bør være målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset. De vektlegger at bruker skal være aktiv både i og uten for hjemmet.

I kommune 2 understreker 4 av 5 informanter derimot at det er brukeren som må komme seg tilbake til det tidligere/best mulige funksjonsnivå, og at tiltak primært rettes mot brukeren som skal tilpasse sitt funksjonsnivå til de eksisterende omgivelser. I kommune 2 er 4 av 5 informanter (sykepleier, ergoterapeut og lege) enige om at rehabilitering handler om at å trene opp brukernes ferdigheter så de kommer tilbake dit de var før slaget, eller bli så bra som de kan slik at de kan klare seg med minst mulig hjelp. Bare en informant forteller at brukers mål er hovedfokus i rehabiliteringsprosesser.

Det kan være relevant å avklare om brukere som har fått et hjerneslag faktisk kan forstås som funksjonshemmede. Ifølge Salter et. al. (2008:597) beskrives det å få et hjerneslag som en plutselig og overveldende katastrofe, en fundamental livsendring som fjerner personen fra hverdagen, presser denne inn i en ny og fremmed eksistens, endrer personens liv og influerer på følelser, personlighet, evner, aktiviteter, roller og sosiale relasjoner (Salter mfl., 2008:597). Utfra dette syn på hjerneslag, kan det antas at et hjerneslag ofte vil medføre funksjonshemming i en eller annen grad i perioder eller hele livet uavhengig av om funksjonshemmingen er fundert i personen selv og/eller omgivelsene.

Vil brukere som har hatt hjerneslag som opplever at de er funksjonshemmede og trenger bistand virkelig ha behov for rehabilitering, slik det er beskrevet i retningslinjene? Ifølge Bredland, Linge og Vik (2011:158-175) kan mennesker som har behov for rehabilitering deles inn i to hovedgrupper med følgende undergrupper. Den første hovedgruppe består av mennesker som har hatt et brått fall i deres funksjonsnivå som er medisinsk, fysisk, og/eller psykisk betinget. Mennesker som nylig har fått et hjerneslag med påfølgende funksjonshemming, vil primært falle inn under denne kategori. Det vil så være individuelt fra bruker til bruker om de har mulighet for å gjenvinne full funksjon eller ikke. Personens funksjonsnivå kan med tiden bli gradvis verre og medføre behov for videre rehabilitering. Dette kan eksempelvis skyldes og/eller forsterkes av at brukeren ikke stimuleres til at bruke ressursene sine i dagliglivets aktiviteter og/eller i sosiale sammenhenger (Bredland mfl., 2011: 158-175).

Enkelte brukere med hjerneslag vil og kunne falle inn under hovedgruppe to, som består av mennesker der trenger rehabilitering primært på grunn av forandringer miljøet rundt dem. Der kan det oppstå psykososiale forandringer i miljøet eksempelvis ved tap av en ektefelle siden

ektefellen kan være den som har bistått brukeren til å klare seg uten kommunale rehabiliteringstjenester. Utfra dette er det rimelig å anta at en del hjemmeboende brukere med hjerneslag vil trenge rehabilitering som beskrevet i retningslinjene (Bredland, Linge og Vik, 2011: 158-175).

Ifølge Grue (2004: 101-102) er forståelsen av funksjonshemming, og hvem som ses som funksjonshemmet avhengig av konteksten begrepet anvendes innenfor. Ulike personer og profesjoner kan forstå funksjonshemming forskjellig, og ha en ulik oppfatning av hva som bør gjøres for bedre situasjonen for brukeren. Fagpersonenes oppfatninger kan være forankret i profesjonell og kommunal praksis og strukturer og dermed virke bestemmende inn på brukernes liv (Grue, 2004:101-102). Mine funn virker til å samsvare med Grues påpekning. I lys av at utsagnene fra informantene i kommune 1 og kommune 2 viser at begrepet funksjonshemming forstås ulikt.

I Kommune 1 er informantene bevisste om at både brukers forutsetninger og omgivelsene er av betydning for brukerens funksjonshemming kan samsvare med en relasjonell forståelse av begrepet funksjonshemming. I St.meld nr. 40 (2002-2003:8-10) beskrives at en relasjonell tilnærming tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne og kravene fra både fysiske og sosiale omgivelser på ulike livsarenaer i forskjellige livsfaser. Man hevder at funksjonshemming kan oppstå når det er forskjell mellom personens forutsetninger og samfunnets utforming eller krav. Målet for fagpersonene blir å styrke brukerens forutsetninger, tilrettelegge og justere omgivelsene for å sikre og bedre brukers funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Arbeidsdepartementet, 2002-2003: 8 – 10). Ifølge Nelson mfl. (2007:20-23) skal helsepersonell bidra til at den kommunale praksis er tråd med de nasjonale retningslinjene. Da kan de med fordel møte og respondere på brukerens behov og ønsker, og tilpasse tjenestene utfra disse. Det er likeledes viktig at brukeren gjenetablerer et forhold til samfunnet og aktiverer ressursene rundt seg (Nelson et. al., 2007: 20-23).

Informantene i kommune 1 sin relasjonelle forståelse av funksjonshemming samsvarer med den gjeldende politiske og faglige forståelse innen rehabiliteringsfeltet. I de nasjonale retningslinjene ses individets funksjon som en dynamisk interaksjon mellom helsemessige forhold, miljømessige- og personlige faktorer (Helsedirektoratet, 2010:91). Denne definisjon kan også antas å ha et relasjonelt perspektiv siden den antar at brukerens kapasitet og det

omgivende samfunn influerer på i hvilken grad bruker kan ses som funksjonshemmet og eventuelt har behov for rehabilitering. Denne grunnforståelsen av bruker vil kunne ha stor betydning når fagpersoner og ledere skal planlegge, gjennomføre og evaluere rehabiliteringsprosesser i en kommune.

I retningslinjene fremmes et relasjonelt perspektiv på funksjonshemming. Dette synet er samsvarende med informantenes i kommune 1 sitt syn på bruker. Synet på bruker kan forventes at påvirke og ligge til grunn for ledere og fagpersonene sine handlinger. Dette kan derfor antas å være en faktor som innvirker på hvordan den kommunale praksis blir.

I kommune 2 understreker 4 av 5 informanter derimot, at det er brukeren som må komme seg tilbake til det tidligere/best mulige funksjonsnivå, og at tiltak primært rettes mot brukeren som skal tilpasse sitt funksjonsnivå til de eksisterende omgivelser. En slik forståelse kan virke til å være i tråd med en medisinsk forståelse av begrepet. Funksjonshemming knyttes primært til brukeren og dennes individuelle forutsetninger for å fungere i samfunnet. Tiltak rettes derfor mot brukerens tilpasning til eksisterende rammer, betingelser og krav i samfunnet (Grue, 2004, s. 101-131).

Denne forståelsen av brukeren kan bidra til at hovedfokus er rettet mot behandling og pleie av brukeren på grunn av dennes hjerneslagsdiagnose. Rehabilitering blir sett som en del av behandlingen og pleien til brukeren. Diagnosen og brukerens utfordringer definerer prosess og tiltak. Brukerens ressurser og ønsker blir ikke hovedfokus som det bør være innen rehabiliteringsprosesser. Dette kan bidra til at man arbeider ut fra generelle mål og ikke i tilstrekkelig grad klarer å se brukers individuelle utfordringer og ressurser. Man generaliserer snarere enn å individualisere. Fokus er derfor på brukerens mangler fremfor styrker. På systemnivå kan det medføre man som kommune kan risikere å «planlegge» for tjenester som primært baseres på passiviserende «hjelp» ved at man utfører tjenester til bruker som han ikke nødvendigvis trenger, og derved holder han i et avhengighetsforhold til kommunen og omgivelsene. Dette er det motsatte av hva som anbefales i retningslinjene og innen rehabiliteringsfeltet generelt. I retningslinjene vektlegges det at rehabiliteringstjenester handler om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats, så denne kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (St.meldn. Nr. 21. 1998-1999, s. 10 og Helsedirektoratet, 2010:91).

I kommune 1 har fysioterapeutene og ergoterapeutene fokus på at rehabilitering bør være målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset. De vektlegger at bruker skal være aktiv både i og uten for hjemmet. Deres forståelse av rehabilitering samsvarer med definisjonen av rehabilitering som anvendes i retningslinjene. Her beskrives rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (St.meldn. Nr. 21. 1998-1999:10) (Helsedirektoratet, 2010:91).

Viktigheten av en slik forståelse og tilnærming utdypes i Stortingsmelding 40 (2002-2003: 8 – 10), hvor det står at kun en relasjonell tilnærming til rehabilitering bidrar til helhetlige forklaringer på eller løsningsforslag til de komplekse utfordringer/problemer brukere med hjerneslag møter i dagligdagen. Så utfra de gjeldende føringer på feltet kan rehabilitering derfor med fordel forstås i et relasjonelt perspektiv. Sett fra denne synsvinkel bør rehabiliteringsprosesser inneholde både individuelle tiltak knyttet til gjenvinning av tapte funksjoner og tilrettelegging av omgivelsene, om brukeren skal få til et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud. Dessuten har man et sterkt fokus på nødvendigheten en tverrfaglig tilnærming til rehabilitering (St.meldn. Nr. 21. 1998-1999:10) (Helsedirektoratet, 2010:91). Dette understøttes av forskning. Ifølge Legg (2003:35) kan mennesker som nylig har hatt hjerneslag forventes å ha større tendens til å beholde evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter om de mottar tjenester i hjemmet fra tverrfaglige team.

Sykepleierne i kommune 1 betegner og begrenser derimot rehabilitering som «Hjelp til selvhjelp» med hovedfokus på mestring av daglige funksjoner i hjemmet, og har ikke noe spesielt fokus på deltakelsesprinsippet utenfor hjemmet. Dette gir seg utslag i deres handlinger i praksis som primært handler om å få brukeren til å mestre dagliglivets aktiviteter innen hjemmets fire vegger. «Hjelp til selvhjelp» kan forstås som et prinsipp om å yte en form for hjelp som gjør at den mottakende part får evnen til å klare seg selv etter at hjelpen opphører.

Hva er det som adskiller rehabilitering fra hjelp til selvhjelp? Man kan hevde at organiseringen og rammene rundt rehabilitering er mer omfattende enn ved hjelp til selvhjelp siden rehabilitering forutsetter et tverrfaglig samarbeid mellom fagpersonene, samt at brukers mål er det de pårørendes og fagpersonenes innsats retter seg og måles imot. Dessuten er en

rehabiliteringsprosess tidsavgrenset. «Hjelp til selvhjelp» forutsetter derimot at bruker og fagperson på daglig basis arbeider mot at bruker skal være selvhjulpen.

Sykepleiernes begrensede forståelse av rehabiliteringsbegrepet kan virke som et hinder for at praksis er tråd med retningslinjene. Det at man har et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom terapeuter og pleiepersonell i rehabiliteringsprosesser, samt at terapeutene oppfattes og anvendes som ressurspersoner, undervisere og veiledere i tilknytting til slagrammede kan tenkes å være med å kompensere for deler av dette.

I kommune 2 er 4 av 5 informanter (inkludert sykepleier, ergoterapeut og lege) enige om at rehabilitering handler om at å trene opp brukernes ferdigheter så de kommer tilbake dit de var før slaget, eller å bli så bra som de kan bli slik at de kan klare seg med minst mulig hjelp. Bare en informant forteller at brukers mål er hovedfokus i rehabiliteringsprosesser.

Informantenes utsagn og praksis kan tyde på at tilnærmingen er medisinsk og behandlings-/pleieorientert. Informantene beskriver rehabilitering som en del av brukerens behandlings- og/eller pleietilbud. Tjenestene er primært rettet mot at brukeren skal mestre dagliglivets aktiviteter i hjemmet. Man har kun i liten grad fokus på sosial og samfunnsmessig deltakelse. Gjennom en slik tilnærming kan brukers mål og ønsker lett glemmes, idet målene for den såkalte rehabiliteringsprosess allerede er predefinert av fagpersonene før bruker eventuelt blir hørt. Om bruker ikke får formulere egne mål og ønsker for egen rehabiliteringsprosess, vil dette ikke bli en individuelt tilpasset prosess. Bruker vil sannsynligvis ikke oppleve et eierskap til mål, tiltak og prosess, og kan derfor lett bli inaktiv og demotivert. Da oppnår en i så fall det motsatte av hva anbefalingene i retningslinjene ønsker å bidra til. Ut fra informantenes utsagn kan det antas at rehabilitering av brukere med hjerneslag prioriteres høyere i kommune 1 enn i kommune 2.

En generelt vanskelig situasjon i kommune 1 førte til at man i 2010 gjennomgikk organiseringen av helse- og omsorgstjenestene, og deretter gjennomførte en omstillings- og omstruktureringsprosess med økt fokus på hjemmebaserte tjenester og rehabilitering. Dette medførte både organisatoriske og strukturelle endringer, samt endringer rettet mot fagpersoner og brukere. Kommunen hadde en utfordring, utvikle et mål om fokus på hjemmebaserte tjenester, analyserte sin egen kommunale kontekst og utviklede og iverksatte strategier og

tiltak for å øke kvaliteten og senke kostnadene på de kommunale tjenester (Grol mfl. 2005:45).

I kommunen har man som en konsekvens av den nevnte prosess sammensatt et fast tverrfaglig rehabiliteringsteam med et helhetlig ansvar for rehabiliteringstjenestene i kommunen og ansvar for utarbeidelse av gjeldende retningslinjer for feltet. Dessuten har man utviklet en kultur for å sammensette tverrfaglige team rundt brukere. Dette kan understøtte at rehabilitering anses som et eget og nødvendig felt i kommunen, og at brukene av disse tjenester derfor prioriteres. Brukere med hjerneslag er ifølge informantene prioritert på lik linje med andre brukergrupper. Det er brukerens ressurser og kompleksiteten av dennes utfordringer, som primært bestemmer prioriteringen av den enkelte bruker. En slik prioritering samsvarer godt med det relasjonelle syn på funksjonshemming og rehabilitering, som fremmes i retningslinjene. Idet det er det såkalte gap mellom ressursene og utfordringene til brukeren og dennes omgivelser der avgjør grad av funksjonshemming og behov for rehabilitering.

I kommune 2 har man likeledes et mål om å gi flest mulig brukere tilpassede helse- og omsorgstjenester i eget hjem, og at tjenestene skal ytes ut fra lavest mulige omsorgsnivå. Brukere med hjerneslag som trenger rehabilitering vurderes av informantene til å ikke være spesielt, eller være lavt prioritert. Som nevnt tidligere kan det antas, at informantene har en medisinsk tilnærming til rehabilitering. Man oppfatter rehabilitering som en begrenset del av et behandlings- og/eller pleietilbud, og ikke som anbefalt i retningslinjene som en prosess som inkluderer et knippe av tiltak hvor behandling og pleie kan inngå som en del (Helsedirektoratet, 2010:92). Et slikt syn på rehabilitering kan være medvirkende til at rehabilitering hjemmet ikke prioriteres spesielt siden man prioriterer og planlegger for å behandle og/eller pleie brukere fremfor for å rehabilitere dem.

I kommunen har man ikke en tydelig instans som er ansvarlig for rehabiliteringsfeltet. Det er begrenset tilgang til kommunale terapeutressurser som arbeider i tverrfaglig i brukernes hjem. Man har ingen kultur for å danne og fungere i tverrfaglige team. Kommunens ressurspersoner er ikke tilknyttet de hjemmebaserte tjenester, men den kommunale rehabiliteringsavdeling. Man har ikke utviklet retningslinjer for rehabiliteringsprosesser i hjemmet. Informantene gir ikke uttrykk for at nøkkelpersoner/ledere i kommunen har klart å «fronte» hjemmebasert

rehabilitering. Disse faktorer kan bidra til, at rehabilitering i brukerens hjem ikke er spesielt prioritert i praksis på tross av det kommunale mål, og fagpersonenes ønske om dette.

Oppsummering av kommunale forskjeller.

I kommune 1 ligner terapeutene sin forståelse av funksjonshemming (bruker) og rehabilitering (faglig tilnærming) på det som er skissert i retningslinjene. Det er terapeutene som sterkest fremhever dette. De fungerer som veiledere i forhold til pleiepersonalet som en del av deres rolle i det tverrfaglige samarbeid. I kommunen har man et fast sammensatt team som er ansvarlige for den faglige tilnærming på feltet. Dessuten har man en kultur for å sammensette tverrfaglige team innen rehabiliteringsfeltet (individnivå) knyttet til brukersaker. Forsking understøtter viktigheten av en tverrfaglig tilnærming.

I kommune 2 har man en forståelse av bruker og faglig tilnærming som i større grad bærer preg av fokus på diagnose/mangler, hvilket kan føre til passivisering. Man har ikke utviklet rutiner, struktur og kultur på sammensetting av tverrfaglige team. Man arbeider oftest parallelt og i liten grad ut fra felles mål. Det kan derfor virke som, at sammensetting av tverrfaglige team er avgjørende for å lykkes med å oppnå anbefalt praksis.

5.2.2 Leadership (Ledelse)

I kommune 1 forteller informantene at, man i 2010 har gjennomført en suksessfull omstrukturering og omstillingsprosess, og over tid utviklet strukturer og rutiner som støtter opp om hjemmebasert rehabilitering. Alle informantene er fornøyde med denne omstilling og stiller seg bak kommunens mål om aktivt å arbeide for at utleve kommunens mål om fokus på hjemmebasert rehabilitering. Basert på informasjonen kan det antas, at kommunen har lyktes med en endring av praksis, og at denne var ønsket av lederne i kommunen. Ifølge Grol mfl.(2005:11) må en slik praksisendring foregå som en planlagt prosess og en systematisk innføring. Tiltak bør være vel gjennomtenkte med henblikk på å oppnå implementering av praksisendringen. Strategiene kan rettes mot helsepersonell, brukere eller mot organisatoriske eller strukturelle aspekter ved de kommunale tjenestene.

I kommune 1 har man over en årrekke fokusert på hjemmebaserte tjenester og rehabilitering. Det tverrfaglige rehabiliteringsteam i kommunen har siden omstruktureringen hatt et overordnet ansvar for det kommunale rehabiliteringstilbud og vert med til at formidle

kommunens mål om at brukere skal bo lengst mulig i eget hjem, og at et tverrfaglig kommunalt rehabiliteringstilbud er et viktig redskap for at lykkes med dette.

Førstelinjelederne er enige i kommunens overordnede mål, og viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Det at førstelinjelederne i kommunen og det faste rehabiliteringsteam har og formidler et felles og tydelig mål til kommunens tverrfaglige team, er samsvarende med Nelson mfl. (2007:22) sine anbefalinger om at ledelsen rolle i et mikrosystem er å opprettholde konstante formål, etablere klare mål og forventninger og dele disse med fagpersonene. Dette kan være en faktor som bidrar til å profilere rehabiliteringsfeltet i kommunen.

Ifølge informantene i kommune 1 skal kommunens faste rehabiliteringsteam ha mer fokus på hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Hverdagsrehabilitering defineres av informantene som: rehabiliteringstjenester der skal forbygge at en potensiell bruker skal motta kommunale tjenester i fremtiden. Hjemmerehabilitering forstås som rehabilitering til brukere som mottar kommunale tjenester. Det at de kommunale ledere og fagpersoner støtter opp om fokuset på hjemmebasert rehabilitering kan tenkes å bidra til at førstelinjeleder for terapeutene har bedre mulighet til at profilere rehabiliteringsfeltet. Førstelinjeleder kan ses som en nøkkelperson, der bidrar til å skape en synlig profil på den kommunale rehabiliteringstjenesten.

I begge kommunene forteller informantene at førstelinjeleder har stort ansvar for hvordan praksis blir, og eventuelle endringer av denne. I kommune 1 er førstelinjelederen for terapeutene utdannet ergoterapeut og har lang praksiserfaring og videreutdanning innen rehabilitering. Hun har i forbindelse med et prosjekt arbeidet med retningslinjene. Hun kan sies å ha spisskompetanse i det hun har videreutdanning innen rehabilitering og lang erfaring innen kommunal praksis på rehabiliteringsfeltet (Willumsen, 2009:25).

Førstelinjelederen fungerer i en delt stilling som 1. linjeleder for ergo- og fysioterapeutene og som ergoterapeut, og er leder for kommunens faste rehabiliteringsteam. Hun virker derfor til å ha et sterkt faglig fokus på rehabiliteringsfeltet. Hennes utlevelse av lederrollen sin kan sies å være samsvarende med den lederrollen Nelson mfl.(2007:22) beskriver: lederens rolle er at opprettholde et konstant formål for tjenesten. Dette kan eksempelvis være at utøve en praksis som er tilpasset den enkelte bruker og anbefalingene i de nasjonale retningslinjer. Hvilket kan

innebære at ha som mål at rehabiliteringsprosesser av slagrammede tar utgangspunkt brukeren sine mål og forventning om at den følger anbefalt praksis. Dessuten bør ledelsen fremme en positiv kultur og forsvare det tverrfaglige teamet internt i kommunen (Nelson mfl., 2007:22). Førstelinjelederen kan sies å fremme en positiv kultur til i kommunen siden hun opplever tverrfaglig samarbeid som kjernen i den faglige tilnærming til rehabilitering, og utlever dette som deltaker i det tverrfaglige team, og på ledernivå som leder av rehabiliteringstjenesten.

Ifølge Willumsen (2009:125-126) kan det ses som en styrke om lederen har en forestilling om hvordan oppgavene skal løses, slik at der skapes en tydelig profil for virksomheten.

Førstelinjelederen for terapeutene i kommune 1 kan antas at bidra til å skape en tydelig faglig profil på den kommunale rehabiliteringsvirksomhet på ledernivå så vel som grasrotnivå. Idet hun har en formell rolle som leder for kommunens faste rehabiliteringsteam som er hovedansvarlige for den kommunale rehabiliteringsvirksomheten. I denne funksjonen samhandler og møtes hun med så vel ledere som fagpersoner i organisasjonen. Dette gjelder både når man diskuterer emner relatert til rehabiliteringsfeltet og ved behov i brukersaker.

Hennes rolle som en nøkkelperson forsterkes ytterligere av at hun førstelinjeleder for fysioterapeutene og ergoterapeutene i kommunen, der av pleiepersonalet anses som faggruppene som har mest kunnskap om rehabilitering, og tildeles ansvar for veiledning og undervisning innen feltet. Ifølge Grol mfl. (2005:11) er informasjon, veiledning og utdanning med til å bidra til økt bevissthet omkring praksisendringen og vil derfor være en viktig betingelse for en iverksetting av faglige retningslinjer.

Larsen (2007:38) beskriver at lederrollen handler om å være trener, inspirator og retningsgiver. Førstelinjeleder kan hevdes å oppfylle en slik rolle på flere nivå. Som leder av rehabiliteringsteamet bidrar hun til å legge til rette for undervisning innen rehabilitering av fagpersoner og ledere i kommune. Som førstelinjeleder for de kommunale terapeuter har hun også en rolle med å legge til rette for faglig utvikling for medarbeiderne sine. I tillegg inngår hun som ergoterapeut i de tverrfaglige team, og innehar i slik henseende en veilederrolle overfor pleiepersonalet.

Førstelinjeleder for terapeutene har hatt undervisning om rehabilitering av slagrammede, og har vert involvert omkring å leie inn eksterne forelesere, som har hatt kursing av personell. Valg av undervisningsemner i kommunen er basert på de ansattes behov og ønsker, og

relateres til egen praksis og konkrete brukersaker siden man har erfaring for at det har best effekt. I kommunen har man hatt fagdag omkring hjerneslag. Dessuten har man hatt undervisning i relevante emner som for eksempel om sittestilling og trening av dagliglivets aktiviteter for mennesker med hjerneslag.

I kommune 1 er førstelinjeledere i hjemmetjenesten er bevisste om at ta initiativ til å diskutere tilnærmingen til brukerne, når leder og fagpersonene møtes om morgenen, i lunsjen og om ettermiddagen. Ved behov settes der lengere tid av til diskusjoner av faglige tema.

Førstelinjeleder har for kort tid siden avholdt et tverrfaglig fellesmøte hvor hun hadde en fagsnutt, hvor man diskuterte utfordringene i forbindelse med rehabilitering og tildeling av tjenester. Det kan virke som, at disse ledere også har et faglig fokus i deres ledergjerning.

I kommune 2 er begge de intervjuede gruppeledere og lederen for de kommunale terapeuter utdannede sykepleiere. Begge har flere års praksiserfaring i kommunen. De har med stor sannsynlighet erfaring med å samarbeide med brukere med hjerneslag, og er kjent med sykepleierens rolle innen pleie- og omsorg i kommunen. Ingen av de intervjuede gruppeledere og førstelinjeleder for de kommunale terapeutene har videreutdanning innen rehabilitering, administrasjon og ledelse eller driver med undervisning innen rehabiliteringsfeltet. De er kjent med de nasjonale retningslinjene, men har ikke arbeidet med eller anvendt dem i praksis. Det kan virke som om at de har en mer administrativ tilnærming til deres lederrolle siden deres fokus er på å legge til rette for tjenestene, men ikke å yte dem. Oppsummert kan det hevdes at førstelinjelederne i kommune 1 er bevist på å gjennomføre kompetanseutviklende tiltak hos fagpersonene i kommunen, samt å legge til rette for at det skjer en kunnskapsdeling på både individ og systemnivå.

Ut fra de innsamlede data kan førstelinjelederne i kommune 2 forventes å ha mindre fagkunnskap om rehabiliteringsfeltet og rehabiliteringsprosesser knyttet til brukere med hjerneslag siden man ikke har videreutdanning innen feltet. Dessuten har man i kommunen ingen rutiner knyttet til rehabiliteringsprosesser for brukere i hjemmet, og de har begrenset erfaring med tverrprofesjonelle rehabiliteringsprosesser relatert til brukere med hjerneslag, noe som ikke bidrar til å øke ledernes kunnskap omkring feltet. Man kan derfor anta at det kan være vanskeligere for førstelinjelederne å analysere informasjonen medarbeiderne deler, samt ha en forestilling om hvordan oppgavene skal legges til rette og løses i tråd med

retningslinjene. I kommune 2 har man derfor ikke i samme grad førstelinjeledere som gir rehabiliteringsfeltet en tydelig profil og fronter dette internt i organisasjonen.

Førstelinjelederne har en mere administrativ funksjon både i kraft av mindre kompetanse, og sin egen rolleopplevelse.

Leadership (Ledelse) - Oppsummering

I kommune 1 har man over tid utviklet strukturer, og rutiner som kan støtte opp om hjemmebasert rehabilitering. Lederne i kommune 1 arbeider aktivt for å oppnå kommunens mål om fokus på hjemmebasert rehabilitering. Førstelinjeledene har i større grad fokus på fagledelse. Spesielt førstelinjeleder for terapeutene bidrar til at rehabiliteringsfeltet blir profilert både oppover i organisasjonen og i de tverrfaglige team siden hun er «strategisk plassert» i organisasjonen.

I kommune 2 har man også et mål om hjemmebaserte tjenester. Man har dog ikke fungerende rutiner og strukturer på plass enda. Førstelinjeledene virker til å ha en mer administrativ lederrolle. De synes å ha begrenset kunnskap om rehabiliteringsfeltet, og klarer derfor ikke på samme måte som i kommune 1 å bidra til å gi rehabilitering en sterk faglig profil i forbindelse med hjemmebaserte tjenester.

Det som adskiller kommune 1 fra kommune 2 er forståelsen og utlevelse av lederrollen. Fokus på fagledelse og det å være en god rollemodell som bidrar til å profilere rehabiliteringsfeltet, virker til å være en fremmede faktor for å oppnå ønsket praksis.

5.2.3 Staff (Personell)

Fysioterapeutene og ergoterapeutene i kommune 1 er tydelige på at rehabilitering og egen praksis tar utgangspunkt i brukerens egne mål og ønsker, dennes ressurser og aktiv bistand. Dette med henblikk på at brukeren skaper seg et liv basert på aktivitet og deltakelse både hjemme og ute. Disse utsagn er samsvarende med den definisjonen av rehabilitering presentert i stortingsmelding 21 og i de nasjonale retningslinjene. I kommune 1 har fysioterapeuten og førstelinjelederen for ergoterapeutene og fysioterapeutene videreutdanning innen rehabilitering, samt praksis fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen innen rehabiliteringsfeltet. Den relasjonelle oppfattelse av funksjonshemming og rehabiliteringsmeldingen nyttes på de tverrfaglige videreutdanninger innen rehabilitering.

Dette kan være medvirkende til at terapeutene er kjente med begrepene og at det er med å definere deres praksis.

Ifølge informantene har terapeutene i kommune 1 en veilednings- og undervisningsfunksjon av pleiepersonalet. De er nøkkelpersoner i forhold til rehabilitering i kommunen.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er kommunalt ansatt, og arbeider tett sammen med pleiepersonalet i rehabiliteringssaker. Ifølge Grol et.al (2007:16) kan fagpersonenes kunnskapsnivå, holdninger, viten og atferd virke inn på om praksis er i tråd med retningslinjene. Begge de intervjuede informanter kan sies å ha god teoretisk og praksisk kunnskap omkring rehabiliteringsfeltet og rehabiliteringsprosesser. Dette avspeiler seg i deres utsagn når de beskriver praksis. Terapeutene kan antas å være ressurspersoner og deres kunnskap, holdninger og adferd kan derfor trolig virke positivt inn på rehabiliteringsprosesser, og bidra til at praksis er i tråd med retningslinjenes anbefalinger.

I begge kommuner er informantene enige om at rehabilitering forutsetter at man arbeider tverrfaglig. I kommune 1 har man erfaring med sammensette tverrfaglige team i rehabiliteringssaker. I retningslinjene vektlegges tverrfaglig samarbeid som et viktig og nødvendig element i rehabiliteringsprosesser. Dette inkluderer hjemmeboende brukere med hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010:97). Forskning understøtter dette. Tverrfaglige tjenester vil være mest effektiv for at brukerne selvstendig kan utføre dagliglivets aktiviteter, hvilket er viktig for at brukeren skal kunne bo og fungere i eget hjem (Legg et.al., 2003:2 og 35).

I begge kommuner blir det tydelig, at sykepleierne har tendens til å ta over oppgaver for den slagrammede, som denne selv er i stand til å løse, og at dette er hindrende for at praksis er i tråd med anbefalingene/retningslinjene. Ifølge informanter i begge kommuner kan denne adferden relateres til flere faktorer: manglende tid til brukerne, brukerens ønske om passiverende hjelp, for dårlig evne hos pleierne til å kommunisere med bruker, samt sykepleiernes kultur og utdanning. I begge kommuner er informantene enige om at rehabilitering forutsetter at man arbeider tverrfaglig. Det som adskiller kommune 1 fra kommune 2 er muligheten og graden av tverrfaglig samarbeid på individ og systemnivå, og tilgang til fysioterapeuter og ergoterapeuter med kunnskap omkring rehabilitering.

Det er viktig, om man skal lykkes med rehabiliteringsprosesser i tverrprofesjonelle team og derved handle i tråd med retningslinjene, at man har tilgang til personale med den nødvendige

rehabiliteringskunnskap. Man må integrere nytt helsepersonell inn i en tverrfaglig kultur og arbeidsroller ved å øke deres kompetanse. Kontinuerlig utdanning og veiledning og nettverksbygging er viktig. Helsepersonell sin gjensidige påvirkning forventes å være karakterisert av samarbeid, vilje til å hjelpe hverandre, bevissthet om komplementære roller, samt erkjennelse av at alle aktørene bidrar individuelt og sammen for å bistå bruker med å nå målene sine (Nelson et. al., 2007: 20-23).

I kommune 1 har man primærgruppeordning der fastlege samarbeider tett med en pleiegruppe bestående av en sykepleier og hjelpepleier eller assistent knyttet mot et begrenset antall pasienter. Man møtes fast, eller ved behov. Ordningen ble startet opp på ønske av fastleger og kommuneoverlege, og frontes av kommuneoverlege. I kommune 2 har man ingen slik ordning. Ved behov kan bruker tildeles en kontaktperson, og samarbeide med lege er mer perifert. Innføring av primærgruppeordningen kan antas å ha medført endring i fastlegen sin rolle. Han er fra å være en perifer person/samarbeidspartner, blitt en mer naturlig del av det tverrfaglige team i kommune 1. Dette understøttes av informantenes sine utsagn som nevner lege som en del av det tverrfaglige teamet. Samarbeidet mellom behandleren (legen), pleieren (sykepleier) og rehabiliteringspersonale (fysioterapeut og ergoterapeut) kan medvirke til at eventuelle barrierer i mellom behandling, pleie og terapi rives ned.

I Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp.nr 1, 2007-2008) er man skeptiske til et skarpt skille mellom rehabilitering og behandling. Her pekes det på at dette uavklarte forholdet og eventuelle distanse mellom fagmiljøene kan få negativ innvirkning på rehabiliterings forløp. Lege som fast del av det tverrfaglige team kan antas å styrke teamets kompetanse, og virke forebyggende mot å skape distanse mellom rehabilitering og behandling. I retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010:97) anbefales det at legen inngår som en del av det tverrfaglige team sammen med ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.

I begge kommuner blir det tydelig, at sykepleierne har tendens til å ta over oppgaver for den slagrammede, som denne selv er i stand til å løse. Dette kan være hindrende for at praksis er i tråd med anbefalingene/retningslinjene. Informanter i begge kommuner sier at denne adferden kan relateres til følgende faktorer: manglende tid til brukerne, brukerens ønske om passiverende hjelp, for dårlig evne hos pleierne til å kommunisere med bruker, samt sykepleiernes kultur og utdanning.

I kommune 1 kan det virke som at sykepleiere og annet pleiepersonell har en utfordring med å skape/ bidra til situasjoner, hvor den slagrammede er mest mulig aktiv og selvstendig. Ønsket om at «hjelp» brukeren ved å gjøre noe aktivt frem for å legge til rette for så han/hun kan være handle aktivt, virker til å bli forsterket av at alle ikke er helt enige om at prioritere dette som en del av tjenesten. Sykepleierne og annet pleiepersonale selvstendighet virker til å være begrenset av at det på forhånd er definert hva tjenesten skal inneholde. Det er gruppeleder, som bestemmer den daglige fordelingen av ansvar for brukere.

I kommune 2 er informantene likeledes enige om at sykepleierne og annet pleiepersonale har denne tendens til at yte passiviserende hjelp. Det virker som at det kan være utfordrende å få brukere til å medvirke aktivt i utførelsen av dagliglivets aktiviteter. Gode kommunikasjonsferdigheter hos pleiepersonalet er viktige for at brukerne forstår viktigheten av egeninnsats fremfor passiviserende «hjelp». Det uvant og ikke akseptert innen pleiekulturen i hjemmetjenesten « å stå med hendene på ryggen». Det som adskiller kommunene fra hverandre, er at kommune 1 har primærgruppeordningen som bidrar dog til at pleiepersonalet har et helhetlig ansvar for et antall tildelte pasienter, og arbeider tett sammen med fastlege. I tillegg samarbeider man i større grad med de kommunalt ansatt fysioterapeuter og ergoterapeuter, og sammensetter tverrfaglige rehabiliteringsteam. Dette samarbeid kan medvirke til, at innholdet på pleietjenestene i større grad samsvarer med rehabiliteringstankegangen og dermed anbefalingene i retningslinjene.

Man kan anta at sykepleierne har en sterk innflytelse på om rehabiliteringspraksis til slagrammede er i tråd med de nasjonale retningslinjene. Idet sykepleierne er en tallmessig stor faggruppe. De er ofte er i kontakt med bruker, og innehar ofte lederstillinger innen helse- og omsorgstenesten. Derigjennom påvirker de og bestemmer over annet fagpersonell. Det kan derfor virke relevant at diskutere sykepleiernes såkalte tendens til at ta over for bruker da dette kan virke hindrende for iverksettelse av en praksis i tråd med de nasjonale retningslinjer.

Pleie og omsorg er tradisjonelt begreper som kan knyttes til og kjennetegner sykepleietjenesten generelt og i kommunene. I følge Norsk Sykepleieforbund (2010:5) er sykepleiens særegne funksjon at fremme helse og hjelpe mennesker, som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren gjør dette gjennom omsorg og pleie. Videre deltar sykepleieren i behandling og tverrfaglig samarbeid,

slik at brukerne får mulighet for god helse og gjenvinner sin egen selvstendighet (Norsk sykepleierforbund, 2010:5).

Ifølge Sandvin et.al, (2008:95-98) er omsorg og pleie begreper som betegner aspekter eller kvaliteter ved relasjonen mellom sykepleieren som gir og brukeren som mottar pleien og omsorgen. Pleie kan ses som en eller flere konkrete handling(er), og omsorg som prosesser der primært handler det som skjer i møtet mellom bruker og hjelper. I henhold til Sandvin et.al., (2008:95-98) er målet med pleie og omsorg ikke nødvendigvis brukerens optimale selvstendighet og deltakelse som i rehabilitering. Det er ofte trygghet og frihet fra plager og ubehag som står i fokus. Ifølge funnene mine kan det virke som om at sykepleiernes første innskytelse er at utøve pleie og omsorg med formålet at avlaste brukeren fra plager og ubehag, og ikke å bistå bruker ved at legge til rette for at denne kan være aktiv. Sykepleierne i kommunene 1 virker til å være mer bevist på å aktivere og legge til rette for brukeren så denne kan «hjelp» seg selv, og kan antas å bli påvirket gjennom teamarbeidet med fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Om sykepleieren yter omsorg og/eller pleie til en bruker, behøver det ikke at være rehabilitering, men snarere et blant et knippe av tiltak som skal være bidrag i en rehabiliteringsprosess. Rehabilitering skal være tidsavgrenset, og man vil at brukeren blir mest mulig selvstendig så man kan avslutte rehabiliteringsprosessen. Pleie og omsorg kan være tidsavgrenset, men det er ikke et krav. Rehabilitering bør ikke erstatte eller være et alternativ til pleie og omsorg. Rehabilitering integrerer og koordinerer de ulike tiltak i en målrettet prosess hvor hensikten er å oppfylle brukerens mål (Normann mfl., 2008:95-98).

Dette utsagnet understøtter at det er vanskelig for sykepleierne i kommune 2 å kommunisere med brukerne og formidle til disse hvorfor og hvordan de skal legge til rette omgivelsene og tilby aktiv bistand, og ikke som så ofte som før passiv «hjelp». Dessuten kan det antas, at det er en uvant rolle som sykepleier å skulle motivere brukeren til å handle fremfor å handle selv. Dette kan tyde på at sykepleierne i kommunen har begrenset utdanning i og praksiserfaring med rehabiliteringsprosesser.

Brukere som tidligere har mottatt har tjenester fra sykepleiere kan derfor antas at ha bli vant med at det er sykepleieren som handler, og at de som brukere primært har en mottakende rolle. Så når brukeren blir møtt av sykepleier som tilbyr en tjeneste som en del av en

rehabiliteringsprosess vil brukene forvente at sykepleieren skal gjøre noe aktivt og «hjelp», ikke «bare» legge til rette og motivere han/hun til å handle aktivt.

Ifølge informantene i begge kommuner ser ikke brukene tjenestene/tiltakene sykepleierne yter som rehabilitering. Dette kan være fundert i, at brukerne ikke vet hva rehabilitering er, og at sykepleierne faktisk ikke tilbyr brukeren rehabiliteringstjenester. Ifølge informantene ser brukerne trening i mobilisering med fysioterapeuten som rehabilitering, men oppfatter sjeldent det slik når sykepleierne hjelper (legger til rette for og bistår) brukeren med at gå på toalettet. Dette kan forstås slik at brukeren i liten grad forstår at rehabilitering er en prosess som favner et bredt knippe med tiltak som skal føre til at brukerens mål og ønsker blir oppfylt. I stedet kan det virke som at en sidestiller rehabilitering med enkelttiltak, og en treningssituasjon med fysioterapeuten er for dem det som primært kjennetegner rehabilitering. De klarer ofte ikke å se at ADL-aktiviteter kan være et rehabiliteringstiltak på lik linje med gangtrening, og ser i liten grad sykepleieren som en som skal bidra til deres rehabiliteringsprosess. Sykepleiernes manglende forståelse av rehabiliteringsbegrepet og rehabiliteringsprosesser, samt deres begrensede evne til å formidle hvilken rolle bruker bør ha i en rehabiliteringsprosess kan medvirke til å forsterke brukerens inntrykk av at sykepleiere ikke driver med rehabilitering og rehabiliteringsprosesser, men i stedet har fokus rettet på pleie- og omsorgstiltak og prosesser. Dette kan virke hindrende på å utøve en praksis som er samsvarende med anbefalingene i retningslinjene.

Ut fra informantenes utsagn kan følgende faktorer kan påvirke hvor meget tid sykepleieren anvender hos den enkelte bruker: antall av brukere som sykepleieren er tildelt av gruppeleder den pågjeldende dag, kjennskap til brukere, innhold på tjenestene og sykepleierens prioritering og planlegging av egen tid. Kommune 1 skiller seg fra kommune 2 ved at man har en primærgruppeordning hvor den enkelte sykepleier sammen en hjelpepleier/assistent og en fastlege har det helhetlige ansvaret for en liten gruppe brukere i lag med en med hjelpepleier og/eller en assistent. Man kan derfor anta at sykepleierne kjenner de tildelte pasienter bedre, og derfor bedre kan prioritere deres tid og individualisere tjenestene til brukerne. Kanskje kan de i større grad ha mulighet til å påvirke tjenestenes innhold både når de selv og kolleger er på besøk hos «deres» brukere. Man kan også anta at sykepleierne vil føle et større ansvar og eierforhold i forhold til hvilke tjenester brukeren tilbys og innholdet i disse. Dette kan medvirke til at de har større interesse for å kontakte gruppelederen om de ønsker at brukeren

skal tildeles mere tid, eller at denne prioriteres annerledes, eller ha interesse for å sette i gang tiltak som er til gagn for brukeren.

Kommunen har dessuten et fast tverrfaglig rehabiliteringsteam som har det overordnede ansvar for de kommunale rehabiliteringstjenester. Man er vant med å arbeide i tverrfaglige team. Dessuten har man faste tverrprofesjonelle møtepunkt på grasrots- og lederplan hvor man diskuterer på rehabiliteringstjenester og praksis på system- og individnivå. I tillegg har man et velfungerende dokumentasjonssystem hvor det er vanlig å tildele andre fagpersoner tilgang til det en skriver. Dette kan være faktorer som styrker kvaliteten av den faglige kjede, representert ved det tverrfaglige team sine ressurser og handlinger. Dette kan virke positivt inn når innholdet i tjenestene til den enkelte bruker skal defineres og prioriteres.

I Kommune 1 har man god tilgang til helsepersonell med høgskoleutdanning. I tillegg har terapeutene som tidligere beskrevet god teoretisk og praksis kunnskap omkring rehabilitering av slagrammede. Terapeutene som yter rehabiliteringstjenester til brukeren er kommunalt ansatt, og har ansvar for veiledning og undervisning av pleiepersonalet. Man er vant med å delta aktivt i rehabiliteringsprosesser og inngå i tverrfaglige team. Dette en faktor som bidrar til at praksis i kommune 1 er tråd med retningslinjen.

I kommune 2 har ingen av informantene utdanning innen rehabilitering. Dessuten har man samlet hovedparten av kommunens kompetanse innen feltet på en rehabiliteringsavdeling knyttet til et omsorgssenter fremfor i brukernes hjem. Ergoterapeutene er kommunalt ansatt, hvorimot fysioterapeutene som fungerer i brukers hjem er private. Samarbeidet mellom de forskjellige faggrupper og enheter er ofte tilfeldig og personavhengig, og man har i liten grad felles møtearenaer. Kunnskapsdeling kan derfor være en utfordring. Dessuten sliter man med tilgang på personell med høgskoleutdanning, og rekrutterer primært fra egen organisasjon. Man har enda ikke utviklet rutiner for rehabiliteringspraksis i brukerens eget hjem. Disse faktorer kan forventes å virke hindrende for at man i kommunen klarer å få til gode rehabiliteringsprosesser og derved handle i tråd med anbefalingene i retningslinjene.

Det som virker til å adskille de 2 kommuner er tilgang på kvalifisert personell. Idet kommune 1 har tilgang på de faggruppene som retningslinjene anbefaler, hvilket ikke er tilfellet i kommune 2.

5.2.4 Information and information technology (Informasjon og informasjonsteknologi)

I retningslinjene anses tverrfaglige prosesser som tidligere beskrevet som viktige innen rehabilitering av brukere med hjerneslag, og de tverrfaglige team som redskapet til at utveksle informasjon mellom fagpersonene som sammen skal bistå bruker til å oppnå egne mål og ønsker (Helsedirektoratet, 2010: 90-98).

Informasjon kan ses som bindeleddet mellom personell og bruker, og personell til personell. Den gjensidige informasjon skal legge til rette for å støtte opp om arbeidet til det tverrfaglige teamet, så alle aktører får den riktige informasjon til den riktige tid (Nelson mfl., 2007:23). Informasjonsdeling blir derfor essensiell om man i en kommune skal få til en praksis i tråd med retningslinjene. Utveksling av informasjon er nødvendig fordi rehabilitering er en tverrfaglig prosess, som handler om samarbeid og koordinering mellom brukere, pårørende og fagpersonene i det tverrfaglige teamet (Normann mfl., 2008:40). Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere fagpersoner og profesjoner arbeider tett sammen. Fagpersonene er engasjert i felles beslutninger, hvilket innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter. Dette foregår gjennom diskusjon og refleksjon, og fagpersonene utvikler sammen en felles ny viten, som er en syntese av deres ulike bidrag. Deltakerne representerer teamets synspunkter og ikke bare egen yrkesgruppe og/eller tjeneste (Willumsen, 2009:21-22).

I det tverrfaglige samarbeidet bringes forskjellige typer av kompetanse og tjenester inn. Det er derfor viktig å synliggjøre grenser og overlappinger for at kunne dra nytte av hverandres bidrag med tanke på oppnåelse av brukers mål. Dette vil gjøre det lettere for fagpersonene at se sin egen kompetanse/tjeneste i sammenheng med andre fagpersoners. Dette vil og kunne gi mer realistiske forventninger til hverandre. Er fagpersonene kjent med hverandres kompetanse og tjenester, kan det være enklere å forstå og anerkjenne forskjeller som forutsetning for et dynamisk samarbeid (Willumsen, 2009:25-26). Tilgang på nødvendig informasjon om bruker og dennes rehabiliteringsprosess blir essensiell for å kunne ta gode faglige avgjørelser og velge riktige metoder for rehabiliteringstiltakene som settes i verk (Bredland mfl., 2011:210).

Ifølge Willumsen (2009:60) er gode rutiner for kommunikasjon og utveksling av informasjon viktig for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Hvordan får man utvekslet denne informasjonen? For at få til denne informasjonsdeling er det nødvendig man møtes i tverrfaglige fora både på individ nivå og systemnivå. Teknologi kan bedre forbindelsen og

informasjonen mellom deltakerne i det tverrfaglige team ved å sørge for tilgang til nødvendig informasjon. Teknologi skal legge til rette for effektiv kommunikasjon mellom teammedlemmene så alle i teamet informert hele tiden, hjelper til å lytte til andres ideer, og sikrer at alle er oppdatert i forhold til de viktigste emner knyttet til brukerens rehabiliteringsprosess (Nelson mfl., 2007:23).

Basert på informantenes utsagn har og benytter kommune 1 tydelige kommunikasjonsveier, system og rutiner mellom etater, enheter og fagpersoner. Der er utviklet faste tverrfaglige møtepunkt både på ledernivå og grasrotnivå. Man er vant med å arbeide sammen i tverrfaglige team og avholde tverrfaglige møter med og uten bruker. Man anvender også individuell plan og/eller rehabiliteringsplan systematisk som et samhandlingsverktøy mellom bruker, pårørende og fagpersoner, og mellom fagpersoner.

I kommune 2 har man i mindre grad faste tverrfaglige møtepunkt, og er ikke vant med å arbeide i tverrfaglige team. Om der skal opprettes tverrfaglige team og/eller fagpersonene skal møtes i forbindelse med bruker er det i stor grad opp til den enkelte fagperson (gjerne sykepleieren) å ta initiativ til dette. Tildeling av koordinator, individuell plan anvendes ikke systematisk og sjeldent i kommunen. I kommune 1 har man et felles tverrfaglig og velfungerende internt journal og e-meldingssystem. Hvor hver fagperson kan tildele andre fagpersoner tilgang deres dokumentasjon, og sende hverandre sensitiv informasjon. I kommune 2 har man ikke et slikt system.

Det som adskiller de to kommuner er grad av faste/struktureerte tverrfaglig møtepunkt og informasjonsutveksling. Derfor kan den graden av den tverrfaglige informasjonsutveksling og faste møtepunkt ses som en fremmede faktor for en anbefalt praksis.

5.2.5 Performance (Utførsel)

Kommune 1 har vært gjennom en vellykket omstillings og omorganiseringsprosess som har ført til bedre internt samarbeid, samhandling, fleksibilitet og økonomi. Informantene i kommune 2 beskriver ikke at det har vært gjort en slik gjennomgang og omstilling av tjenestene som har hatt effekt på de kommunale rehabiliteringstjenestene.

I kommune 1 har man for at kartlegge og forbedre kvaliteten på tjenestene til bruker og gjøre disse mer kostnadseffektive på systemnivå vært bevisst om å delta i relevante prosjekter, og

anvende disse til å forbedre kommunale strukturer og rutiner. Ifølge Grol mfl.(2005:11) må iverksetting av praksisendringer foregå som en planlagt prosess og en systematisk innføring. Tiltak bør være vel gjennomtenkte med henblikk på å oppnå implementering av praksisendringen. Valg av strategiene kan rettes mot helsepersonell, brukere eller mot organisatoriske eller strukturelle aspekter ved de kommunale tjenestene (Grol mfl.2005:11). Deltakelse i prosjektet omkring slagrehabilitering har gitt kommunen mulighet for å kjøre en kommunal prosess i Grol sin ånd, og arbeide med de nasjonale faglige retningslinjer og sjekke dem opp i mot egen rehabiliteringspraksis. I den sammenheng ble hjemmetjenesten informert om retningslinjene. Som deltaker i prosjektsammenheng vil det typisk være tilrettelagt for planlagt og velgjennomtenkt prosess, hvilket kan være en god måte å kvalitetssikre praksis på.

Informantene i kommune 2 nevner ikke at de har anvendt slike prosjekt med henblikk på forbedring av tjenestenes kvalitet og effektivitet. I kommune 2 har man ikke deltatt i prosjektet omkring de faglige retningslinjene, og har enda ikke på plass faste rutiner for slagrehabilitering i hjemmet. Informantene er kjente med retningslinjene, men har ikke anvendt dem.

I kommune 1 anvendes koordinatorordningen og individuell plan som et verktøy for å sikre samhandling og kvalitet på tjenestene, I kommune 2 brukes dette mindre bevisst og sjeldent. I kommune 1 har man felles tverrfaglige møtefora på ulike nivå. Dette skjer både i det faste rehabiliteringsteamet som fortløpende diskuterer det kommunale rehabiliteringstilbudet på møtene sine, og som har vert med på å utvikle de gjeldende rutiner omkring rehabilitering i hjemmet. I tillegg skjer det i de kommunale tverrfaglige Ad.hoc.- team, hvor man møtes til fagmøter før selve møtet med bruker. Her foregår diskusjoner knyttet til brukenes rehabiliteringsprosesser og den faglige tilnærmingen. Ifølge Lauvås (2004:211) kan det å fungere i tverrfaglige team og diskutere flere faggrupper i lag ha potensiale til at kombinere teori, kunnskap og metoder som de enkelte fagpersoner ikke får til alene.

I kommune 2 opprettes i liten grad tverrfaglige team. Man legger i mindre grad til rette for og planlegger tverrfaglige diskusjoner omkring rehabiliteringstjenester. Man har ikke fast rehabiliteringsteam med ansvar for det kommunale rehabiliteringstilbudet.

Det kan virke som informasjonsutveksling mellom og på tvers av interne nivå og med eksterne samarbeidspartnere er en faktor som adskiller de to kommunene, og derfor kan virke som en måte å måle egen praksis på, og virke styrkende på kvaliteten av kommunale praksis.

6.0 KONKLUSJON OG NYE PERSPEKTIV

6.1 Konklusjon

Fase 1.

I den første fasen av undersøkelsen var formålet å svare på i hvilken grad har kommunene i Sogn og Fjordane iverksatt de nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag?

Ut fra funn i fase 1 kan det antas at anbefalingene i retningslinjene blir iverksatt i noen grad i kommunene. Idet der sammensettes tverrfaglige team ved behov, og at man har tilgang til faggruppene som anbefales i retningslinjene. Der avholdes møter/er kontakt mellom den slagrammede, kommune og rehabiliteringsavdeling/ambulant team under en rehabiliteringsprosess. Slagrammede tildeles koordinator og individuell plan.

Fase 2.

Den overordnede problemstilling i dette mastergradsarbeid har vært å belyse hvilke faktorer som kan bidra til at en kommunes praksis knyttet til rehabilitering av slagrammede i eget hjem er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer?

Det at kommunen sammensetter tverrfaglige team på både system- og individnivå kan virke til å være en fremmede faktor. På systemnivå bidrar det til å legge til rette for profilering og organisering av rehabiliteringsfeltet, og derved sikre kvaliteten på praksis. På individnivå bidrar det til at rehabiliteringsprosessen tar utgangspunkt i den slagrammede sine mål.

Tilgang på de i retningslinjene anbefalte faggrupper, fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier synes å danne grunnlag for refleksjon, dannelse og oppnåelse av en felles kompetanse som er større enn om man hadde arbeidet hver for seg.

Forståelsen og utlevelsen av lederrollen virker til å være relevant. Fokus på fagledelse og det å være en god rollemodell som bidrar til å profilere rehabiliteringsfeltet virker til å være viktig for å oppnå ønsket praksis.

Faste strukturerte tverrfaglige møtepunkt ser ut å bidra til informasjonsutveksling og lede til anbefalt praksis.

Tverrfaglig informasjonsutveksling og faste møtepunkt kan se ut til å være fremmende for anbefalt praksis.

6.2 Nye perspektiv

Funnene i dette studiet åpner for nye spørsmål og perspektiv.

Hvordan kan sykepleieren tre fram som fullverdig medlem i det tverrfaglige teamet?

I hvilken grad kan primærgruppeordning kunne bidra til at fastlegen blir en del av det tverrfaglige team?

LITTERATURLISTE:

- Arbeidsdepartementet (2001): NOU 2001:22 – *Fra bruker til borger – en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.*
- Arbeidsdepartementet (2002-2003): Stortingsmelding 40 - *nedbygging av funksjonshemmende barrierer.*
- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement: *St.meld.nr.47 (2009) – Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*
- Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, Vik, Kjersti (2011): *Det handler om verdighet og deltakelse – Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2011): *Meld. St. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).*
- Francke, Anneke L, Smit, Marieke C., JE de Veer, Anke og Mistiaen Patriek (2008): *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review.* BMC Medical Informatics and Decision Making 2008, 8:38
- Grimshaw, Jeremy et.al. (2004): *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.* Health Technology Assessment 2004; Vol. 8: No 6
- Grol, Richard, Wensing, Michel, Eccles, Martin (2005): *Improving Patient Care – The Implementation of Change in Clinical Practice.* Elsevier Limited.
- Grue, Lars (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord – forståelser, fremstillinger og erfaringer.* Abstrakt forlag AS.
- Gutenbrunner, Christoph et.al. (2011): *Whitebook on physical and rehabilitation medicine in Europe.* Section of Physical and Rehabilitation Medicine.
- Helsedirektoratet (2011): *Fleksible tjenester – for et aktivt liv, Fagrappport om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer.*
- Helsedirektoratet (2008): *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering – synlig og brukerrettet.*
- Helsedirektoratet (2011): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene.*
- Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2011): *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*
- Helse og omsorgsdepartementet (1998): *St.meld. Nr. 21(1998-1999) Ansvar og mestring, Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk*
- Helse og omsorgsdepartementet (2013) *St.meld. 29 - Morgendagens omsorg.*
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2010): *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk Forlag. 2. Utgave, 2. Opplag.
- Larsen, Rolf-Petter (2007) *Teamutvikling – Teambygging og teamarbeid.* Cappelen Akademisk Forlag. 5. Opplag
- Legg, Lynn et. al. (2007): *Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials.* BMJ 2007;335:922
- Legg, Lynn et.al. (2003): *Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home.* Cochrane Database Syst Rev.
- Molander, Anders & Terum, Lars Inge (2010): *Profesjons-studier.* Universitetsforlaget. 2. Opplag.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Godfrey, M. M. (2007). *Quality By Design: A clinical Microsystems Approach.* Wiley Imprint, San Francisco
- Norman, Trine, Sandvind, Johans Tveit & Thommesen Hanne (2008): *Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse?* Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund (2010): *Sykepleie – Et selvstendig og allsidig fag.* 2. utgave
- Payne, M (2000): *Teamwork in multiprofessional care.* London: Mcmillan.
- Ringdal, Kristen (2007): *Enhet og Mangfold.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. 2. Utgave.
- Salter, K, Helling, C, Foley, N & Teasell, R (2008): The exsperience of living with stroke: A qualitative meta-synthesis. J Rebil Med. Årgang 40: 595-602.
- Solvang, Per Koren og Slettebø, Åshild (2012): *Rehabilitering – individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester.* Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave, 1. opplag.

- Thylefors, Person og Helsström, 2005: *Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork*
- Walker, MF et.al (2004) *Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Community Occupational Therapy for Stroke Patients*. *Stroke*. 2004; 35: 2226-2232
- Willumsen, Elisabeth (2009): *Tverrprofesjonelt samarbeid – i praksis og utdanning*. Universitetsforlaget AS.
- Yin, Robert K. (2009): *Case Study Research – Design and Methods*. SAGE Publications, Inc.

Telefonintervju av kommunal kontaktperson for rehabilitering i Koordinerende enhet

Innledende del

1) Demografiske data:

- *Alder:*
- *Kjønn:*
- *Stilling/funksjon:*
- *Enhet/tjenestested:*
- *Stillingsstørrelse:*
- *Ansettelsestid i kommunen*
- *Ansettelsestid i nuværende stilling*

2) Har kommunen en egen rehabiliteringsplan?

- Ja
- Nei

3) Hvor mange slagrammede har fått tildelt kommunale rehabiliteringstjenester i eget hjem det siste året?

- Mindre end 10 personer
- Mellom 10-20 personer
- Mer end 20 personer

Begrunnelse: Det er relevant å få en oversikt over omtrent hvor mange personer dette gjelder i den enkelte kommune og fylket som helhet. Samt å finne ut og om den enkelte kommunen har en slik oversikt. Deretter vil være interessant å avklare hvor del av slagrammede som mottar rehabiliteringstjenester i eget hjem får rehabilitering som beskrevet i de nasjonale retningslinjer.

4) Er du kjent med de Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Det er relevant å få en oversikt over om de nasjonale faglige retningslinjer der er gjeldende for en stor og ressurskrevende pasientgruppe faktisk er kjent i kommunene.

Kommunene vil utfra de politiske føringer kunne forvente å få større ansvar for rehabilitering av denne pasientgruppe i tiden som kommer.

Kommunalt rehabiliteringsteam:

5) Har kommunen et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam som har rehabilitering som en definert oppgave?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Retningslinjene (s.97) anbefaler at hver kommune/samarbeidene kommuner har fast sammensatt et rehabiliteringsteam.

6) (Hvis ja) Hvilke av følgende faggrupper har en fast stillingsprosent, som er spesifikt tilknyttet teamet?

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Lege
- Sykepleier

7) (Hvis nei) Sammensetter kommunen et tverrfaglig rehabiliteringsteam ved behov?

- Ja
- Nei

8) *Hvilke av følgende faggrupper kan tilknyttes teamet?*

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Lege
- Sykepleier

Begrunnelse: Retningslinjene (s.97) anbefaler at de nevnte faggruppene inngår i et fast sammensatt tverrfaglig rehabiliteringsteam.

9) *Kan sosionom tilknyttes rehabiliteringsteamet ved behov?*

- Ja
- Nei

10) *Kan logoped tilknyttes rehabiliteringsteamet ved behov?*

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Retningslinjene (s.97) anbefaler at sosionom og logoped kan tilknyttes/inngå i det tverrfaglige rehabiliteringsteam.

Møter mellom bruker og kommunalt rehabiliteringsteam

11) *Avholdes der systematiske møter mellom den slagrammede og representanter fra det kommunale rehabiliteringsteam under et rehabiliteringsforløp?*

- Ja
- Nei

12) *(Hvis ja) Hvor ofte avholdes der møter mellom den slagrammede og representanter fra de kommunale rehabiliteringsteam?*

13) Hvem fra det kommunale rehabiliteringsteam deltar på disse møtene?

- Kun koordinator
- Hele det tverrfaglige team
- Deltakere velges ut fra brukers behov

Begrunnelse: Retningslinjene (s.97) anbefaler jevnlig møter mellom bruker og kommunalt rehabiliteringsteam.

14) (Hvis ja) Når i rehabiliteringsforløpet avholdes det første møtet mellom den slagrammede og representanter for det kommunale rehabiliteringsteam?

- Kort før utskrivning (1-2 uker før utskrivning)
- Kort etter utskrivning (1-2 uke etter utskrivning)
- Tidspunkt bestemmes hovedsakelig utfra om fagpersoner er disponible

Begrunnelse: Egne erfaringer tilsier at det første møtet viktig i en rehabiliteringsprosess, og at dette ofte finner sted på de foreslåtte tidspunkter, eller bestemmes utfra om fagpersoner er disponible.

15) (Hvis ja) Hvor avholdes det første møtet?

- På sykehus
- I hjemmet
- I kommunens lokaler

16) Er innholdet/strukturen på dette første møtet planlagt/standardisert?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Egen erfaring tilsier at det første møtet mellom bruker og kommunalt rehabiliteringsteam i for liten grad er planlagt/standardisert. Hvilke ofte bidrar til at kvaliteten på denne kontakten blir ujevn/tilfeldig, og har en negativ effekt på den resterende del av rehabiliteringsprosessen.

17) Hvem bestemmer struktur og innhold av det første møte:

- Sykehuset
- Kommunen
- Bruker/pasient

Samarbeid mellom kommunalt rehabiliteringsteam og sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team

18) Har det kommunale rehabiliteringsteam samarbeid/kontakt med sykehusets rehabiliteringsavdeling/ambulante team etter den slagrammede er utskrevet?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Retningslinjene (s.97) anbefaler at der er tett kontakt/samarbeid mellom kommunalt rehabiliteringsteam og sykehusets rehabiliteringsteam spesielt i den første tiden etter utskrivning. Egne erfaringer tilsier at det ofte skjer i alt for få tilfeller

19) (Hvis ja) Er denne kontakten/oppfølging standardisert/formalisert/planlagt?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Rambølls undersøkelse om rehabilitering i kommune viser at de kommuner ,der er mest tilfredse med eget tilbud også er de kommunene som har størst grad av rutiner og formalisert samarbeid for sin relasjon til spesialisthelsetjenesten.

20) Hvilke/hvilken form for samarbeid/kontakt?

- Telefonisk kontakt
- Møte på sykehus
- Møte i brukers hjem/i kommunen

Begrunnelse: Egen erfaring tilsier at denne kontakten i for stor grad foregår telefonisk. Såfremt partene møtes foregår dette oftest på sykehuset, og sjeldent i brukerens hjem, der hvor brukeren skal leve videre med sine nye utfordringer eller i kommunens lokaler.

Koordinator og individuell plan

21) Tildeles slagrammede med behov for tverrfaglige rehabiliteringstjenester en koordinator?

- Ja
- Nei

22) Opprettes der systematisk en individuell plan til slagrammede som tildeles tverrfaglige rehabiliteringstjenester i eget hjem?

- Ja
- Nei

23) Det første året etter den slagrammede er tildelt individuell plan, oppdateres/evalueres denne jevnlig (minimum hver 3 måned) i lag med den slagrammede?

- Ja
- Nei

24) Brukes den individuelle plan aktivt under rehabiliteringsprosessen?

- Ja
- Nei

25) (Hvis nei) hvorfor ikke?

- Bruker ønsker ikke individuell plan
- Manglende kjennskap hos fagfolk til bruk av individuell plan
- Fagfolk velger ikke å prioritere dette

26) Brukes individuell plan som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere?

- Ja
- Nei

27) Brukes individuell plan som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere og den slagrammede/pårørende?

- Ja
- Nei

Begrunnelse: Retningslinjene (s.96) anbefaler at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en plan. Dette vil gjelde mange slagrammede som mottar rehabiliteringstjenester i eget hjem fra to eller flere faggrupper. Undersøkelser viser at antallet av individuelle planer er stigende, men enda ikke er på et tilfredsstillende nivå. Individuell plan anbefales brukt som et redskap til å sikre samhandling mellom tjenesteytere (s.96).

28) Hvor mange hjemmeboende slagrammede har det siste året mottatt kommunale rehabiliteringstjenester som anbefalt i retningslinjene?

- Mindre end 10 personer
- Mellom 10-20 personer
- 21-30 personer

INTERVJUGUIDE

Problemstilling

Hvilke faktorer bidrar til at en kommunes praksis innen rehabilitering av slagrammede i eget hjem er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer?

Innledende del

Demografiske data:

- *Alder, kjønn, stilling/funksjon, enhet/tjenestested, stillingsstørrelse og ansettelsestid i nuværende stilling/i kommunen, annen utdanning?*

Plassering i organisasjonen:

- *Hvem er din nærmest overordnede?*
- *Hvor mange av din yrkesgruppe er der i kommunen?*
- *Er der noen som har et ledelsesansvar overfor andre/hvor mange er du leder for?*
- *Er du dag eller turnusarbeider?*

Rehabilitering av slagrammede

- *Hvordan vil du beskrive dagens praksis i forhold til rehabilitering av slagrammede i eget hjem?*
 - *tverrfaglig samarbeid*
 - *bruk av rehabiliteringsteam*
 - *samarbeid med sykehus/rehabiliteringsinstitusjon*
 - *bruk av individuell plan*
- *Hvordan havnet I på den nuværende praksis?*
- *Hva vet du om de Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, og forskningen knyttet til disse?*
- *Har du og kollegene diskutert retningslinjene og brukes disse i praksis?*

Den profesjonelle

- *Hvorledes arbeider du og dine kolleger med å forbedre den daglige praksis innen slagrehabilitering?*
 - *Retningslinjer*
- *Hva motiverer deg til å forbedre din daglige praksis?*
 - *Retningslinjer?*
- *Hva bidrar til å øke kompetansen din?*
 - *Retningslinjer?*

- *Er du kjent med om kommunen har en plan for/ der inkluderer rehabilitering til slagrammede?*
 - *(Hvis ja) hva er innholdet i denne?*
 - *(Hvis nei) hvorfor ikke?*

Ressurser og makt:

- *I hvilken grad opplever du at kommunen har tilgang på og bruker de nødvendige ressurser til å få et faglig godt og individuelt rehabiliteringstilbud til slagrammede?*
 - *Fagpersonell*
 - *Hjelpemidler*
 - *Økonomi*
- *Hvem opplever du som ressurspersoner i forbindelse iverksetting av praksistiltak innen rehabilitering?*
- *Hvilken makt og ressurser er disse ressurspersoner tildelt?*
- *Opplever du at de viktige ressurspersoner/aktører forstår deres betydning for praksis innen rehabilitering av slagrammede og utnytter makten sin til å forbedre praksis?*

Ledelse/strategi

- *Hvilken rolle har ledere i forbindelse med forbedring av praksis innen slagrehabilitering?*
 - *Toppledelse*
 - *Førstelinjeledere*
- *Har ledelsen har en strategi til forbedring av rehabiliteringspraksis?*
 - *(Hvis ja) hvilken og hvem har utformet den*
 - *(Hvis nei) hvorfor tror at man ikke har hatt en bevist strategi?*

Opplæring/utdanning:

Har du og dine kolleger fått opplæring innen rehabilitering av slagrammede?

- *(Hvis ja)*
 - *Hvilke tema?*
 - *Hvilke metoder har vert brukt?*
 - *Hvordan har den vert strukturert?*
 - *Hvem har mottatt opplæring?*

- *Hvem har hatt ansvaret for opplæringen/utdanningen?*
- *(Hvis nei) hvorfor tror at opplæring/undervisning ikke er blitt tilbudt?*
- *Har du gitt opplæring innen rehabilitering av slagrammede til kolleger og eller ledelse?*
 - *(Hvis ja) emne og målgruppe?*
 - *(Hvis nei) hvorfor ikke?*

Samarbeide/samhandling:

- *I hvilken grad og hvordan har du opplevd/oplever du at aktører/enheter fokuserer på forskjellige utfordringer innen rehabilitering av slagrammede avhengig av hvilken enhet og posisjon de befinner seg i?*

Prioritering:

- *Hvordan og i hvilken grad opplever du at rehabilitering av slagrammede er prioritert i forhold til andre tjenester og pasientgrupper?*

Organisering:

- *Hvordan vil du beskrive kommunen som organisasjon?*
 - *struktur*
 - *kunnskap,*
 - *kommunikasjon,*
 - *innstilling til endring,*
 - *planlegging og iverksetting av nye tiltak*

Omgivelser:

- *I hvilken grad og hvordan påvirker omgivelsene rehabiliteringspraksis til slagrammede?*
 - *Eksterne fagpersoner*
 - *Politikere*
 - *Pasientgruppe*
 - *Pårørende*

Har du annet som du ønsker å tilføye?



Harald Hårfagres gate 25
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Einar Hovlid
Avdeling for samfunnsfag
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 133
6851 SOGNDAL

Vår dato: 13.09.2012

Vår ref:31393 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31393
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

*Hvordan lykkes med iverksettning av faglige retningslinjer i kommunene
Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder
Einar Hovlid
Martin Roland Hansen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

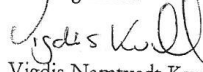
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Martin Roland Hansen, Innlegda 9 B, 6800 FØRDE



Formålet er å undersøke hvilke faktorer som bidrar til at en kommune lykkes med iverksetting av faglige retningslinjer relatert til rehabilitering av slagrammede i eget hjem. Utvalget omfatter kontaktperson for koordinerende enhet innen rehabilitering, førstelinjeleder for hjemmetjenesten, førstelinjeleder for helsetjenesten, lege, fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut, ca. 40 personer.

Vi forstår det slik at rekrutteringen skjer gjennom rådmann i kommunene og snøballmetoden. Vi anbefaler at kontaktpersonen formidler informasjon om undersøkelsen til aktuelle respondenter, eller avklarer med dem at deres kontaktinformasjon kan oppgis til student.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Data samles inn gjennom intervju og registreres på lydopptak som behandles elektronisk. Intervjumaterialet vil være knyttet til informantens navn gjennom kode som viser til en koblingsnøkkel.

Prosjektet skal avsluttes innen utgangen av 2013, jf. informasjonsskriv, og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, stilling/funksjon, enhet/tjenestested, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Bilag 4

Informasjon til informantene

Mitt navn er Martin Roland Hansen. Jeg er student ved Masterstudiet i organisasjon og leiing, helse- og sosialeiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. Dette er en deltidsstudie som går over 4 år. I tillegg til å være student arbeider jeg som sykepleier/koordinator ved Lærings- og meistringssenteret i Helse Førde og fungerer i tillegg som rådgiver i Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest.

Jeg er i gang med masteroppgaven og vil i den sammenheng invitere deg til å delta i studiet mitt med temaet: «iverksetting av faglige retningslinjer i kommunene». Formålet er å undersøke hvilke faktorer der bidrar til at en kommune lykkes med iverksetting av faglige retningslinjer relatert til rehabilitering av slagrammede i eget hjem.

Deltakelse i studiet vil innebære et individuelt intervju som vil vare fra en til en og en halv time. Dersom det er mulig vil intervjuet bli gjennomført på din arbeidsplass. Intervjuet vil bli tatt opp på band. Alt datamateriell vil bli oppbevart forsvarlig og innelåst uten tilgang for andre. Du vil få høve til å lese gjennom teksten undervegs i arbeidet med oppgaven, og ved offentliggjøring av oppgaven vil deltakere og alt datamateriell bli behandla anonymt. Dersom du aksepterer å delta i studien, vil jeg be om ei skriftlig samtykkeerklæring før intervjuet starter.

Ta gjerne kontakt om du har spørsmål:

Martin Roland Hansen, Masterstudent

Mobiltelefon: 97959440 Telefon arbeid: 57839870

Epost: martin.roland.hansen@helse-forde.no

Veileder på oppgaven er Einar Hovlid, PhD stipendiat ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Han kan kontaktes om der er ytterligere spørsmål knyttet oppgaven.

Telefon arbeid: 57676327 Epost: einar.hovlid@hisf.no

Med vennlig hilsen.
Martin Roland Hansen

Bilag 5

Bakgrunnsinformasjon

Navn:

Stilling:

Stillingsprosent:

Alder: 20-40

41-50

51-60

60-70

Kjønn: Kvinne

Mann

Grunnutdanning:

Grunnutdanning avsluttet år:

Videreutdanning:

Ansatt i nuværende organisasjon siden år:

Ansatt i nuværende stilling siden år:

Annen relevant arbeidserfaring: