# Rapport

# Samhandling mellom Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, NAV og primærhelsetenesta i heile rehabiliteringsforløpet

---

**Prosjektet er leia frå Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS (RKHR)**

**Prosjektet er støtta av Helsedirektoratet**

Involverte partar:

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS (RKHR),

Haugland internasjonale FoU-senter AS,

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. for helsefag

Primærhelsetenesta og NAV i fleire kommunar

Involverte personar:

Linda D. Meier: Kvalitetsleiar, RKHR

Eirik Fismen: Spesialist i fysikalsk og medisinsk rehabilitering, overlege RKHR

Anette Wolff: PhD, dagleg leiar HIFUS, forskingsansvarleg

Borghild Midttun: Samhandlingskoordinator, RKHR

Lars Kyte: Førstelektor, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. for helsefag

Ole T. Kleiven: Førsteamanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. for helsefag

Overordna mål for prosjektet:

Å betre koordineringa mellom dei ulike involverte aktørane for å skape eit samanhengande og heilskapleg rehabiliteringsforløp.

Målgruppe:

Unge funksjonshemma som på grunn av skade/sjukdom står i fare for å falle ut av utdanning, har utfordringar knytt til å kome inn i eit arbeidsliv eller oppretthalde eksisterande arbeidssituasjon.

Rapporten er delt opp i fire kapittel:

DEL 1: BAKGRUNN, MÅL OG PROSJEKTPLAN

Referansar

DEL 2: RESULTAT FORSKINGSDEL MED KONKLUSJONER

DEL 3: REFLEKSJONAR UNDERVEGS I PROSJEKTET

DEL 4: OPPSUMMERING

Vedlegg:

1. Møteinnkalling karteggingssamtale
2. Møteinnkalling oppfølgingsmøte og videoutskrivingssamtale
3. Samtykkeskjema

# KAPITTEL 1

# Bakgrunn, mål og prosjektplan

# 1. Bakgrunn

## 1.1 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma er beskrive i oppfølginga av Stortingsmelding 47 (2008-2009) "Rett behandling – på rett stad til rett tid", og peikar på at det i dag finst få system som er retta inn mot heilskapen i dei tenestane som skal svare på pasienten sine behov for koordinerte tenester. Meldinga definerer samhandling som "eit utrykk for helse- og omsorgstenestene sine evner til oppgåvefordeling seg imellom for å nå eit felles, foreina mål, samt evna til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte". Ein meiner vidare at større brukarmedverknad for pasienten i prosessen og kompetansebygging for aktørar i alle ledd i helsevesenet er viktig for å nå målet

LEON-prinsippet er også viktig i samanheng med samhandlingsreforma. Dette er eit sosialfagleg prinsipp om "lågast effektive omsorgsnivå", som slår fast at alt førebyggande og helsefremmande arbeid bør foregå i nærast mogelege tilknyting til heimeområdet, både for pasienten sitt beste og for det samfunnsøkonomiske perspektivet. I Samhandlingsreforma er dette snudd om til "BEON-prinsippet", "beste effektive omsorgsnivå." Tenestetilbodet skal vere tilpassa den enkelte og strekke seg frå eit lite hjelpebehov til eit omfattande behov. Ein bør jobbe for å utnytte dei høva som finst i tilknyting til nærmiljø og sosiale nettverk. Dette stiller høge krav til kommunehelsetenesta og til samhandling mellom ulike aktørar i helsetenesta.

## 1.2 Rehabiliteringsprosessen

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, kor fleire aktørar samarbeider om å gje nødvendig bistand til brukaren sin eigeninnsats for å oppnå best muleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (1, 2). Definisjonen vert vidare utdjupa (3) som ein individuell prosess kor brukeran har ansvaret, ein prosess kor ulike aktørar er inne i tidsavgrensa periodar men prosessen for brukaren er kontinuerlig og aktørane må difor tenke samhandling. Det er vidare poengtert at ein ser rehabilitering som medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering/attføring, d.v.s. at rehabilitering kan innbefatte sektorer utanfor helse- og omsorgstenesta, og ein må bidra til samhandling tverrsektorielt. Rehabilitering føregår på fleire nivå i helse- og omsorgstenesta og ovanfor ulike pasientgrupper. I dette prosjektet er det tale om døgnbasert tverrfagleg rehabilitering i spesialisthelsetenesta.

Rehabiliteringsprosesser fokuserer på deltaking i livet og ikkje berre på ein medisinsk tilstand. Sjukdomsbegrepet i ein dualistisk biomedisinsk forståing blir erstatta av omgrep som funksjon, tilstand, aktivitet og sosial- inkl. arbeidsmessig deltaking. Rehabiliteringsdefinisjonen materialiserast i vår kliniske kvardag ut frå fleire vitskapsteoretiske, psykologiske, filosofiske og terapeutiske tradisjonar (4-16).

Etter forskrift om habilitering og rehabilitering paragraf 1 (http://www.lovdata.no/for/sf/xo-20010628-0765.html) så skal tenester som blir tilbode innan rehabilitering vere samordna, tverrfagleg og planmessige. Dette inneberer at dei ulike tiltaka i rehabiliteringsprosessen skal vere koordinerte og basert på eit felles mål for dei involverte. Forskrifta tydeleggjer også at det skal vere stor brukarmedverknad til planlegging, utforming og utøving av rehabiliteringsprosessen.

Ein rehabiliteringsprosess er samhandlingsmessig kontekstuelt betinga. Mellom anna for pasientar med muskel og skjelettlidingar, ei gruppe som er prega av manglande einigheit om årsakssamanheng

og diagnostiske rutinar frå helseapparatet, hyppig bruk av helsetenester og redusert livskvalitet for pasientane (17-18). Dette gjeld både rettleiing av pasientgruppa og gjeldande pasienten sitt val av strategi, delmål og overordna målsetnad. Den høge førekomsten av plagar kostar samfunnet store summer kvart år; I 2002 vart det estimert til 28 milliardar kronar, og ein av dei hyppigaste årsakene til sjukefråvær og uføretrygd i Norge. I 2009 utgjorde denne pasientgruppa 41 % av sjukefråværsdagane dekka av folketrygda (19).

Det er ynskjeleg med meir hensiktsmessig rettleiing av pasientane sine val på ulike tidspunkt i rehabiliteringsprosessen hjå ulike aktørar. Dessutan ynskjer ein større grad av konsensus mellom aktørar for at pasienten skal bli støtta og rettleia på beste måte.

### 1.3 Arbeidsretta rehabilitering (ARR)

ARR er rehabiliteringsprosesser med deltaking i arbeidslivet som overordna mål. ARR er ei grein innan habilitering og rehabilitering, der ein ønskjer å få fleire sjukmeldte inn i arbeidslivet.

RKHR er med i nasjonalt nettverk for arbeidsretta rehabilitering **Arbeidsretta rehabilitering er av ARR-nettverket definert som "tidsavgrensande planlagde prosessar med klare verkemiddel og deltaking i arbeidslivet som definert hovudmål, kor fleire aktørar samarbeider om å gje nødvendig bistand til brukarens eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstendigheit og deltaking i arbeidslivet".**

Arbeidsretta rehabilitering inneber såleis parallelle og tverrfaglege intervensjonar mot helse og arbeid. Tilbodet inneheld tverrfagleg kartlegging, tilpassa fysisk aktivitet og kognitive åtferdsretta endringsprosessar gjennom rettleiing enkeltvis og i grupper. Det blir lagt til rette for at brukaren startar eigne lærings- og treningsprosessar som fremmar bevisstgjering av eigne ressursar og moglegheiter, og som bidreg til å få tilbake eller behalde arbeidsevna og deltaking i arbeidslivet. Eit ARR-opphald skal ende med funksjonsvurdering og ein konkret handlingsplan mot deltaking i arbeidslivet som skal forankrast lokalt (21).

Følgjande element blir vektlagt i arbeidsretta rehabilitering:

-brukaren si funksjonsevne må sjåast i samanheng med hans/hennar opplevingar og erfaringar, daglegliv og arbeidssituasjon

-å vere med å auke bevisstgjeringa hjå brukaren av eigne ressursar, moglegheiter til aktivitet og arbeidslivdeltaking

-fysisk aktivitet i ulike former tilpassa brukaren sine føresetnader blir vektlagt

-nær kontakt med arbeidsgjevar, NAV og lokalt hjelpeapparat

## 1.4 Røde Kors Rehabiliteringssenter (RKHR) og samhandling med NAV og det kommunale helsetenesteapparatet

RKHR er ein privat rehabiliteringsinstitusjon i Fjaler kommune, Sogn og Fjordane. . Dei behandlar pasientar med eit vidt spekter av lidingar, men har først og fremst spesialisert seg på muskel og skjelettplager, rehabilitering etter kreft og livsstilsendring ved sjukeleg overvekt. RKHR har avtale med Helse Vest om 65 døgnbaserte plassar og 5 plassar som dag-pasientar. Gjennom samarbeid med Helse Vest er RKHR også involvert i "Raskare tilbake"-initiativet.

RKHR har spesialkompetanse i fysikalsk medisinsk rehabilitering, kunnskap og bruk av kognitiv terapi, arbeidslivskompetanse og kompetanse innan samhandling med lokale aktørar som NAV og kommunehelsetenesta. Medisinsk rehabilitering handlar først og fremst om å styrke brukaren sine eigne ressursar og moglegheiter til å oppnå "empowerment", ofte omsett til "myndiggjering" eller "brukarmedverknad" (22) og å kome tilbake til arbeidslivet. Erfaring tilseier at dei gangane dialogen og samarbeidet mellom RKHR, NAV og kommunehelsetenesta har vore god, har også resultatet for pasientane blitt betre. Men det manglar dokumentasjon og forsking på området. Stortingets helse- og omsorgskomité konkluderte i si innstilling vedrørande Samhandlingsreforma at "det er behov for meir og betre forsking på habilitering og rehabilitering, og betre og meir systematisk samarbeid mellom rehabiliterings- og habiliteringsfeltet og det øvrige helsevesenet". Vidare: "komiteen ser behov for å styrke arbeidslivsdimensjonen i oppfølginga av samhandlingsrefoma...". Vi ynskjer i dette prosjektet å evaluere ein strukturert samhandlingsmodell for heile rehabiliteringsforløpet. Søk i forskingsdatabaser, henvending til rådgjevarar ved Helsedirektoratet og konsultasjon med Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering viser at det ikkje er publisert forskingsbaserte evalueringar av tilsvarande prosjekt på nasjonalt plan før.

European union of supported employment (EUSE) initierte for ei tid sidan eit prosjekt der ein utvikla eit fellesnordisk prosjekt som går ut på nordiske erfaringsutvekslingar omkring praksis, metodar og resultat vedrørande arbeidsretta tiltak. Tilboda visar seg å variere svært og dei har ulik betyding i og innanfor dei ulike nordiske landa og manglar ein kunnskapsbasert profesjonell konsensus (23). Norge scorar svært dårleg samanlikna med 11 andre Europeiske land der allmennleger har vurdert eigen praksis og samhandling med spesialisthelsetenesta (Commonwealth Fund-undersøkinga i 2009 bland allmennleger: Rapport frå Kunnskapssenteret 24-2009). Det finst altså stort potensiale for forbetring. Dette er og vist i ein doktorgradsavhandling frå Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) der Helge Garåsen har utført studiar som peikar på at samhandling mellom ulike helsenivå har stort forbetringspotensial (24).

I ein pilotstudie (Delprosjekt 1) støtta finansielt av Sosial og helsedirektoratet (2008) såg vi på behovet for auka samhandling i enkeltsaker og på behovet av å ha ein fellesarena der ein kan få til overordna strategiar og optimale løysningar for gode rehabiliteringsforløp. Prosjektdeltakarar var 4 kommunar i Sogn og fjordane (Askvoll, Naustdal, Høyanger og Førde), NAV, og RKHR. Konklusjonen var at det er ønskeleg med meir kontakt før opphald ved ein rehabiliteringsinstitusjon, meir kontakt gjennom opphaldet, og meir kontakt etter opphaldet. Det var brei semje om at det finst eit stort forbetringspotensiale i forhold til samhandlinga vedrørande arbeidsretta rehabilitering. I oppfølgingsstudien "Felles utskrivingssamtale" (Delprosjekt 2) prøvde ein ut eit opplegg med auka samhandling i utskrivingsfasen frå eit rehabiliteringssenter. Prosjektet var støtta av Helsedirektoratet og gjekk ut på at ein hadde ein samtale mellom ansvarleg lege ved RKHR, pasienten og kommunehelsetenesteapparatet ved utskriving. NAV var også med dersom det var tale om såkalla "komplisert rehabilitering". Modellen vart vurdert med ein kvalitativ forskingstilnærming ved å ha

fokusgruppe-intervjuar med involverte aktørar; pasientar, NAV og helsepersonell. Konklusjonen her var:

• Aktørane trur på at utvida samhandlingsdimensjon i form av felles utskrivingssamtale vil ha effekt på pasienten si måloppnåing

• Auka samhandling i form av felles utskrivingssamtale nådde målet om einighet rundt pasienten sin plan

### 1.5 Tverrsektoriell tilnærming; Dagens situasjon

Anvending av tverrsektoriell og tverrfagleg møte finst som moglegheit i dagens situasjon i rehabiliteringshelsetenesta, men blir lite praktisert. Årsaken ligg sannsynlegvis ikkje i uvilje mot auka samhandling hos dei involverte, men heller at det ikkje er etablert realistiske system for dette og at det er lagt lite til rette for slik dialog i den travle kliniske kvardagen i alle ledd. Å etablere eit slikt system/møteplass er ein del av intervensjonen i dette prosjektet.

## 2. Mål for dette prosjektet

Basert på kunnskap oppnådd på delprosjekt 1 (utarbeiding av teoretisk modell og evaluering av behovet for auka samhandling) og delprosjekt 2 (evaluering av samhandling i praksis for ein del av eit rehabiliteringsforløp) ynskjer vi å teste ut ein modell der vi på ein systematisk måte aukar dialogen og samhandlinga mellom RKHR, fastlegane, NAV og pasienten gjennom heile rehabiliteringsprosessen. Modellen vil bli vurdert med ein kvalitativ forskingstilnærming i samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane

I dette prosjektet vil vi i hovudsak fokusere på vaksne under 50 år.

Følgjande punkt er ynskja vurdert:

-utprøving av modell med dialog gjennom heile rehabiliteringsprosessen

-å avdekke korleis det opplevast å auke samhandlinga i rehabiliteringsprosessen

-å avdekke korleis det fungerer med auka samtalar/dialog og korleis fungerer med bruk av videokonferanse

-å avdekke korleis det fungerer praktisk å få vere i dialog etter strukturert mønster som her beskriven (frå ulike perspektiv)

-å avdekke forbetringsmoglegheiter og utfordringar som ein ikkje veit på noverande tidspunkt

Ønska resultat:

-Rett pasient til rett tid og med rett behandling

-Strukturert samhandling mellom ulike aktørar i pasienten sin rehabiliteringsprosess som fører til ein saumlaus kjede i den enkelte brukar si rehabilitering

-Ein modell som er kan gjennomførast i praksis

-Videokonferanse som teknologisk verkemiddel for å gjere samhandling i områder med stor geografisk spreiing mogeleg

-Etablere samhandlingsarenaer mellom kommunane og rehabiliteringssenteret; oppnå betre kompetanse om kvarandre sin kompetanse

# 3. Praktisk gjennomføring av modellen

OPPRINNELEG PLAN

1. INKLUDERING I PROSJEKTET

Ein definerer 10 pasientar som skal vere med i prosjektet. Fastlegane definerer pasientane som blir spurt om å vere med i prosjektet. Dette bør vere pasientar med behov for "komplisert rehabilitering" der fastlegane er litt i tvil om korleis vidare rehabilitering bør føregå. Pasientgruppa avgrensast ytterlegare til sjukemeldte (mellom 3-9 mnd sjukemelding) med ICD-10 hovud-diagnosespekter M545 Lumbago eller liknande, M793 myalgi eller liknande og F480 nevrasteni eller liknande.

2. FORANKRINGSMØTE/INTERVENSJONSSAMTALE 1:

Involverte partar: Fastlege og evt. andre frå primærhelsetenesta, RKHR, NAV, arbeidsgjevar. Det involverte helsepersonellet diskuterer saman med pasienten, om pasienten treng rehabilitering ved ein institusjon. Om nødvendig nyttar ein videokonferanse for denne samtalen. Ein vil og sikre direkte kontakt mellom institusjonen, pasient, arbeidsplass og NAV i denne fasen dersom pasienten blir tilvist til eit opphald ved RKHR.

I denne fasen vil ein og innhente pasienten sin oppfølgingsplan for å sikre informasjonsflyt i høve arbeidsplassen samt informasjon om kven (på arbeidsplass/ evt. NAV) som kan bistå oppfølginga under og etter opphaldet.

NAV, fastlege og pasient får innkalling til møte og møte vært holdt etter fast agenda og fast tidsbruk. Forankringsmøtet har varigheit på 20 min. Sjå vedlegg 1.

3. REHABILITERINGSOPPHOLD VED RKHR

Søknad om opphald ved institusjonen vert sendt Regional vurderingseining i Helse-Vest. Dersom pasienten vert vurdert til å ha rett til eller behov for spesialisert rehabilitering, vil pasienten bli tilbydd eit opphald ved institusjonen. Etter individuelle karteleggingssamtalar med legespesialist og andre relevante fagpersonar, vert det utarbeidd eit individuelt tilpassa rehabiliteringsopplegg med tilpassa fysisk aktivitet, undervisning, samtalegrupper og individuelle oppfølgingssamtalar. I dei individuelle samtalane og gruppesamtalane nyttar ein kognitiv terapeutisk intervensjon for å modifisere bekymringsnivå, avlære kinesiofobe rørslemønstre og ved behov også terapi i høve angst og depresjon. Dersom arbeidsdimensjonen er viktig, kan det leggast til rette for utprøving av arbeidsrelaterte aktiviteter.

4. «MELLOM-MØTE»/ INTERVENSJONSSAMTALE 2

Midtvegs i opphaldet vert det innkalla til eit møte med kommunale aktørar der ein saman legg opp ein strategi for oppfølging lokalt. Pasienten deltek sjølvsagt på møte og pasienten si eiga målsetting står sentralt i drøftinga. Om nødvendig nyttar ein videokonferanse for dette møtet.

Innkalling til møte og videokonferanse er vedlagt. (vedlegg 2)

5. ETTER OPPHALD PÅ RKHR/ INTERVENSJONSSAMTALE 3: Utskrivingssamtale

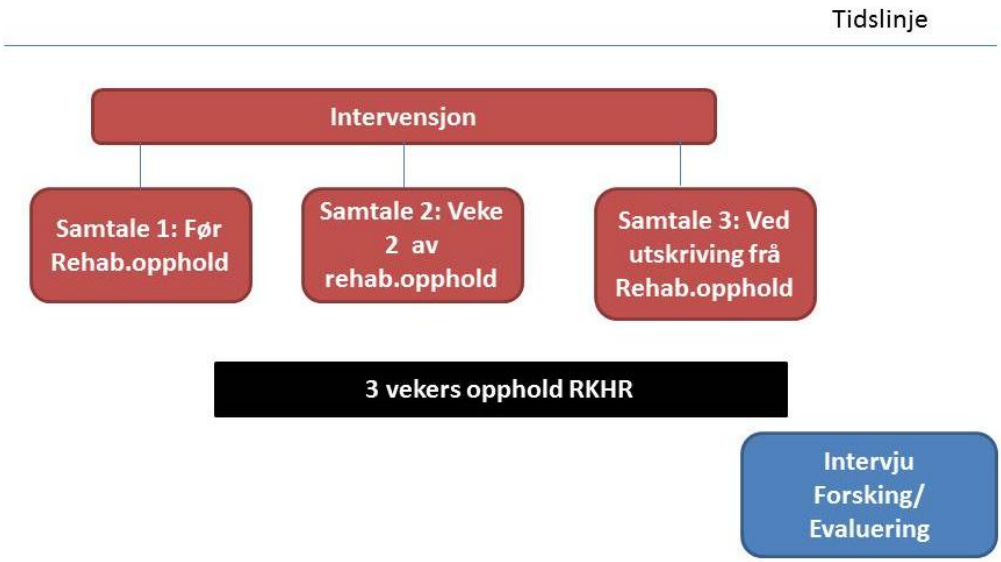
I sluttfasen av rehabiliteringsopphaldet ved RKHR møtast pasienten, RKHR, kommunehelsetenesta og evt. NAV for å diskutere vidare strategi i ein utskrivingssamtale. Fortrinnsvis vert videokonferanse nytta til desse møta

Konkretisering av arbeidet med oppfølging blir også gjort i denne fasen for å sikre at dei forslaga til tiltak/ handlingsplan som blir utarbeidd faktisk bidrar til at pasienten kan komme tilbake i arbeid og at planen som er utarbeidd blir realisert. Herunder utarbeide eigen sluttrapport til NAV og arbeidsgjevar.

Videokonferanse er etter fast agenda og tidsbruk. (Sjå vedlegg 2).

Relativ tidsplan:

Figuren viser planlagt skjema for intervensjonsdelen (i raudt) og forskingsdelen (i blått med kvit skrift).




**JUSTERING AV PRAKTISK GJENNOMFØRING**

1.

Fire pasientar vart rekruttert til prosjektet etter prosedyre gitt av den opprinnelege planen. Etter diskusjon med fastleger, samtale med vurderingseininga for rehabilitering for Helse Vest og ved interne diskusjonar valde vi å endre litt på prosedyren for dei resterande prosjektdeltakarane. Desse

vart rekruttert ETTER at pasienten hadde fått tilbod om ein plass ved RKHR, og vart invitert til å delta på ein første samhandlingssamtale med lege frå RKHR før pasienten kom på opphald. Samhandlingssamtalane vart gjennomført som telefonmøte. Pasienten var alltid til stades. Totalt 8 pasientar vart rekruttert til prosjektet.

2.

I forankringsmøte 1 og 2 deltok RKHR, pasient og fastlege. Møta vart gjennomført som telefonmøte.

# 4. Evaluering av prosjektet; Forskingsdelen

Forskingsleiing

HIFUS ved dagleg leiar PhD Anette Wolff har vore ansvarleg for forskingsdelen av prosjektet. Ein har også inngått eit samarbeid med Avdeling for helsefag ved Høgskulen i Sogn og Fjordane ved førstelektor Lars Kyte om rettleiing og praktisk hjelp i forskingsarbeidet. Lars Kyte og førsteamanuensis Ole T. Kleiven føretar analysering av fokusgruppeintervju og individuelle intervju.

Intervju med helsepersonell, NAV og pasientar for å få deira vurdering av prosjekta og avdekke element som bør endrast.

I dette prosjektet med få deltakarar, er det verken hensiktsmessig eller mogeleg å nytte ein kontrollert randomisert studie. Vi vil derfor bruke kvalitativt djupn-intervju individuelt med pasientar og intervju i fokusgrupper for helsepersonell og NAV

Prosedyrar frå Malterud et al (25) blir ofte brukt som standard for analysering av intervjudata for forskingsformål, og det er dette vi vil ha som utgangspunkt.

Eit fokusgruppeintervju er eit strukturert gruppeintervju kor ein eller to personar ledar eit intervju med alt frå 5-8 deltakarar (25).. Intervjua har gjerne ein uformell form, men utarbeida intervjuguidar (ein tematisk guide med opne spørsmål) bør vere klart på førehand for å strukturere samtalane. Fordelen med intervju som metode er at ein kan få informasjon om moment ein ikkje ville ha spurt om/oppdaga i eit spørjeskjema. Ein ekstra fordel med gruppeintervju er at når objekta samtalar om sine erfaringar, kan det komme fram endå fleir nye aspekt av det det forskast på. Ein spesifikk bonus med kvalitativ metode er at ein også kan få fram element i intervensjonen som bør utførast annleis. Det kan dermed brukast som læring for institusjonen. For å vere sikker på at innhaldet og resultata av intervjuet blir behandla og analysert rett, så vil vi ta opp intervjuet på band.

Det skal jobbast mot at alle involverte partar i pasientforløpet som er med som deltakarar i fokusgruppeintervju. Dette gjeld fastlege, behandlande lege ved RKHR, involverte fagpersoner ved RKHR (t.d. fysioterapeut, ergoterapeut), eller saksbehandlar NAV. Alle som blir spurt får eit informasjonsskriv og blir kun inkluderte dersom dei frivillig signerar samtykkeskjema. Ein ynskjer å "blande" faggruppene ved fokusgruppeintervjua; dvs. at personer frå ulike faggrupper deltar på fokusgruppeintervjua saman. Pasienten vil i bli intervjua ved individuelle intervju. Intervjuguide er vedlagt. (Sjå forskingsdel).

## 5. Etiske perspektiv

Det vart søkt om konsesjon og det vart gitt melding for prosjektet til Datatilsynet. Alle personar som var med på studien signerte samtykkeskjema. Sjå vedlegg 3

## 6. Fokus for relevans og vurdering av gjennomførbarheit til prosjektet

Vi er overtydd om at det vil føre til ny kunnskap om samhandling i forhold til rehabilitering.

Vår vurdering er basert på følgjande:

- Alle deltakande er motiverte

- Deltakarane i prosjektgruppa er tverrfagleg, og ein har med seg tilsette med høg kompetanse innan dei ulike felta, inkludert forskingskompetanse.

- Ein har lagt vekt på at prosjektet skal vere praksisnært, altså at det bør vere realistisk at modellen kan brukast i område med geografiske avstandar, jmf bruk av videokonferanse som kommunikasjonsmedium

- Finansieringsplanen er nøktern og realistisk

- Pasientane som blir involvert kjem inn under pasientgrupper som RKHR har avtale med Helse Vest om. Dermed vil ikkje pasientdelen føre til ekstra finansieringsbehov.

## 7. Publisering av resultat

I tillegg til denne rapporten som beskriver funna våre i studien, vil vi presentera vårt prosjekt og resultata på nasjonale og internasjonale forskingskonferansar ved postere og munnlege innlegg.

Vi vil jobbe for å få publisert ein vitskapleg artikkel i samarbeid med Avdeling for helsefag ved Høgskulen i Sogn og fjordane, som beskriver utfallet av forskinga på modellen.

# Sentrale referansar


1. Sosialdepartementet N. Forskrift om habilitering og rehabilitering. 2001.
2. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (2011).
3. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, (2008).
4. Rogers CR. Carl Rogers on personal power. London: Constable; 1978. xiii, 305 s. p.
5. Rogers CR. A way of being. Boston: Houghton Mifflin; 1980. X,395 s. p.
6. Malterud K, Hunskår S. Chronic myofascial pain : a patient-centered approach. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002. XVIII, 186 s. p.
7. Stewart M. Patient-centered medicine : transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003. XIV, 360 s. p.
8. Askheim OP, Starrin B. Empowerment : i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. 221 s., fig. p.
9. Tom Barth TB, Peter Prescott. Endringsfokusert rådgivning: Gyldendal akademisk; 2001.
10. Egon H. Vifladt LH. Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring; 2004.
11. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. XIV, 255 s. p.
12. Antonovsky A, Lev A. Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. 231 s. p.
13. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders : science and practice. New York: Guilford Press; 2010. XI, 628 s., ill. p.
14. Beck JS. Cognitive therapy : basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995. XIV, 338 s., ill. p.
15. Wekre LL, Vardeberg K, Skogan AH, Hagen MI. Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforl.; 2004. 29 cm, 258 s., ill. p.
16. Juel NG. Norsk fysikalsk medisin. Bergen: Fagbokforl.; 2007. 29 cm, 303 s., ill. p.
17. Bjørklund UH. Er du halt, kan du ride : fysikalsk medisin og rehabilitering - et fag tar form. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2008. 31 cm, 179 s., ill. p.
19. C.Ihlebæk og E Lærum: 2010. Tidsskriftet vol 130, nr 21, p. 2106-2010
20. Gordon Waddell, A. Kim Burton, Department for Work and Pensions GB. Is work good for your health and wellbeing2006.
21. Rehabilitering FfArisvNKiA. Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. 2011.

22. Mæland J.G: 2005. Forebyggande helsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget

23. Øystein Spjelkavik, Branko Hagen, Kristiina Hærkæpææ: 2011; Supported employment i Norden": Oslo. Arbeidsforskningsinstituttet. FI-rapport 2011:3

24. Helge Garåsen; The Trondheim model: Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Short and long term effects. Dr.gradsavhandling. ISSN 1503-8181; 2008:68

25. Malterud K: 2008. Kvalitative metoder I medisinsk forskning. Universitetsforlaget. 2 utgave

# KAPITTEL 2:

# RESULTAT FORSKINGSDEL MED KONKLUSJONAR

# Resultat av evaluering av ein modell for utvida samhandling i praksis mellom NAV, kommunehelseteneste og rehabiliteringsinstitusjon

Lars Kyte, førstelektor, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. for helsefag
Ole T. Kleiven, førsteamanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. for helsefag

## 1.0 Innleiing

I denne delen av rapporten presenterast resultata av evalueringa av den utvida samhandlingsmodellen. Bakgrunn for prosjektet og praktisk gjennomføring av modellen er presentert tidlegare i rapporten, og ein kjem ikkje nærmare inn på det her. Kort samanfatta består modellen av at det i tilknyting til pasienten sitt opphald ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (RKHR), gjennomførast til saman tre møte, eitt  i forkant av rehabiliteringsopphaldet, eitt i løpet av opphaldet og eitt ved avslutning av opphaldet. Pasient, fastlege og RKHR har delteke i alle tre møta. I det tredje og avsluttande møtet har også NAV vore med. Dei to første møta vart gjennomført som telefonmøte, medan det avsluttande møtet var ein videokonferanse. Av forskjellige grunnar vart likevel også det avsluttande møtet for nokre av pasientane gjennomført som telefonmøte.

For å evaluere den utvida samhandlingsmodellen, ønskte ein få fram synspunkt både frå pasientar som hadde delteke, fastlegar og tilsette ved NAV som hadde hatt pasientar i prosjektet, samt frå behandlarar ved RKHR.

## 2.0 Metode

Evalueringa av samhandlingsprosjektet er føreteke ved hjelp av individuelle intervju med pasientar som har delteke i prosjektet, samt fokusgruppeintervju med fastlegar, tilsette ved NAV og tilsette ved RKHR. I dei individuelle intervjua med pasientane, er det ein fordel om ein kan få fram deira eigne erfaringar med samhandlingsmodellen, medan fokusgrupper er ein godt eigna metode når ein vil innhente kunnskap om erfaringar frå miljø der mange menneske samhandlar (1). I fokusgruppene nyttar ein interaksjonen mellom deltakarane i gruppa eksplisitt som en del av metoden (2). Fokusgrupper er leia av ein moderator, i tillegg deltek gjerne ein assisterande moderator (3).

Evalueringa i denne rapporten er basert på data frå i alt fem individuelle intervju med pasientar og to fokusgruppeintervju med nemnde instansar. Det er også føreteke ytterlegare tre individuelle pasientintervju, men desse klarte ein av tidsmessige omsyn ikkje å få med i analysen i rapporten. Desse intervjua vil bli analysert og nytta dersom ein seinare skal skrive vitskapelege artiklar om den utvida samhandlingsmodellen. Av pasientane som deltok i dei fem individuelle intervjua som ligg til

grunn for analysen i denne rapporten, er det to kvinner og tre menn. Dei individuelle intervjua vart føreteke med utgangspunkt i ein intervjuguide (vedlegg 4). To av intervjua blei gjort av ein av forskarane ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, medan dei resterande tre intervjua blei føreteke av dagleg leiar ved Haugland Internasjonale FoU-senter AS (HIFUS), som også er forskingsansvarleg. Ingen av intervjuarane hadde vore involverte i behandlinga av dei aktuelle pasientane. Det vart gjort lydopptak av intervjua, og lydopptaka vart sidan transkriberte og analyserte.

I den eine fokusgruppa deltok to fastlegar og to NAV-tilsette, samt ein lege og ein fysioterapeut frå RKHR. I den andre fokusgruppa deltok to fastlegar, ein NAV-tilsett og dei same to representantane frå RKHR som hadde delteke i det første intervjuet. Alle deltakarane i fokusgruppene hadde vore involverte i behandling av pasientar som hadde vore med i samhandlingsprosjektet. Legen og fysioterapeuten ved rehabiliteringssenteret hadde vore involvert i fleire pasientar, medan fastlegane hadde hatt ein pasient kvar i prosjektet. Det same gjaldt også kvar av dei tilsette ved NAV. To av pasientane var felles for fastlege og NAV-tilsett. Til saman hadde difor dei tre NAV-tilsette og dei fire fastlegane vore involverte i fem pasientar i prosjektet.

Det var same moderator og komoderator i begge fokusgruppeintervjua. Moderator var ein av forskarane ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, medan komoderator var kontorleiar ved RKHR. Verken moderator eller komoderator hadde vore involverte i behandling av pasientane i prosjektet. I intervjua tok ein utgangspunkt i ein tematisk intervjuguide (vedlegg 4), men det vart også stilt supplerande og utdjupande spørsmål. Det vart gjort lydopptak av intervjua, og lydopptaka vart sidan transkriberte og analyserte.

Det vart ikkje nytta namn på deltakarane i samband med lydopptaka, verken i dei individuelle intervjua eller i fokusgruppeintervjua. I fokusgruppeintervjua løyste ein dette ved å gi kvar av deltakarane eit nummer som ein kunne referere til under samtalen for å lette transkriberinga av intervjua i etterkant.

Analysen blei føreteken ved systematisk tekstkondensering etter Malterud si beskriving av denne metoden (1). Ein valde å analysere individuelle intervju og fokusgruppeintervju kvar for seg. Først vart det skissert tema som intervjua handla om. Temaa vart vald etter gjennomlesing av intervjua og tok difor ikkje utgangspunkt i intervjuguiden. Desse temaa danna utgangspunkt for kodegrupper som meiningsberande einingar frå teksten vart plassert i. Om naudsynt vart desse kodegruppene endra i løpet av analysen, i tråd med Malterud si beskriving av metoden (1). I neste analysetrinn vart innhaldet i dei meiningsberande einingane i kvar kodegruppe kondensert i såkalla kunstige sitat, i tillegg til at det vart plukka ut reelle sitat frå teksten. Deretter vart det samanfatta ein analytisk tekst for kvar kodegruppe med basis i dei kunstige sitata og dei utvalde sitata frå teksten (1). I den analytiske teksten sette ein også inn reelle sitat, og ein gjekk også tilbake til tekst frå fokusgruppeintervjua og tidlegare analysetrinn for å sikre at den analytiske teksten representerte stemmene i det opprinnelege tekstmaterialet. Den følgjande presentasjonen av resultata blei deretter utforma med utgangspunkt i den analytiske teksten frå dei individuelle intervjua og den analytiske teksten frå fokusgruppeintervjua. Det vart også plukka ut ytterlegare sitat frå tekstmaterialet for å illustrere innhaldet.

# 3.0 Resultat

## 3.1 Om informasjon og førebuing før møta

Fleire av pasientane ga uttrykk for at dei ikkje hadde fått så mykje informasjon om detaljane i prosjektet på førehand. Ein av pasientane sa det på denne måten:

«*Mmmmm...eg visste ikkje sånn kjempemykje om det eigentleg».*

Også frå NAV vart det ytra ønske om litt meir og litt tidlegare informasjon før møtet. NAV trekte også fram at det er viktig at ein veit kvifor ein blir kalla inn til møte. Mange har dårleg tid, og det er viktig å unngå dobbeltarbeid. For legane var tidsfristane i hovudsak tilfredsstillande, men i eitt tilfelle kom informasjonen litt tett oppunder første møte. Ein av legane hadde også ytterlegere ein pasient som var aktuell for prosjektet, men denne pasienten klarte ein ikkje å få inkludert i den utvida samhandlingsmodellen fordi fristen blei for kort.

## 3.2 Om video og telefon som kommunikasjonsmiddel i møta

Både telefonmøta og videomøta ser ut til å ha fungert greitt for pasientane, men totalinntrykket frå intervjua er at video alt i alt er betre, og dei av pasientane som hadde vore med på videomøte var godt nøgde med dette. Ein av pasientane trekte fram at i eit videomøte ser ein dei ein pratar med, ein ser at dei sit og lyttar og ikkje held på med andre ting. Ein annan sa det på denne måten:

*«Då har vi sett kvarandre alle saman. Det er jo alltid ein fordel».*

To av pasientane hadde ikkje vore med på videokonferanse, og hadde derfor berre erfaring frå telefonmøte.

Berre to av dei fire fastlegane som deltok i fokusgruppeintervjua, hadde vore med på videokonferanse. Dei andre to hadde av forskjellige årsaker nytta telefon også i det avsluttande møtet, den eine av tekniske årsaker, den andre av praktiske årsaker. Eit moment som blei trekt fram av fleire av legane, var at videokonferanse er meir krevjande. Ein må forflytte seg til NAV sitt kontor for å gjennomføre videomøte, noko som tek tid og kan gå ut over andre arbeidsoppgåver. Dei av legane som hadde hatt telefonmøte i staden, syntest at dette også fungerte greitt. Ein av fastlegane stilte også spørsmål ved nytteverdien av å bruke tid på å samle seg til videokonferanse og lurte på om behovet for videokonferanse er større for dei andre deltakarane i møtet enn for pasienten:

*«For kvar av oss har sitt eige bilete av pasienten og pasienten har sitt eige bilete av oss – er det vi som treng å sjå kvarandre?»*

Legane som hadde vore med på videokonferanse, meinte også at telefon var enklare, men at video var betre. Ein av legane, som også meinte at ein godt kunne bruke video allereie i det andre av dei tre møta, sa det på denne måten:

*«Det var veldig greitt å ha ein videokonferanse, men det er meir ressurskrevjande, men eg tenkjer at det også er kjekt å sjå, og det blir ein betre kommunikasjon viss man også ser og samarbeider med visuell kontakt».*

NAV deltok berre i det tredje og avsluttande møtet i denne utvida samhandlingsmodellen. For to av dei tre intervjudeltakarane frå NAV hadde dette vore gjennomført som videomøte, mens det for den tredje hadde vore telefonmøte grunna tekniske problem med videooverføringa. Ein av dei NAV-tilsette trekte fram at videomøtet var veldig bra fordi det elles er vanskeleg å få både lege, behandlarar, NAV og pasient samtidig på ein plass. Same deltakar ga også uttrykk for den effekten deltakarane i videokonferansen kan ha på kvarandre:

«*For eksempel hugsar eg legen som var så optimistisk, og det var litt sånn smittsamt og hadde effekt på andre deltakarar i konferansen, så eg synest det er veldig viktig».*

Den av dei tilsette frå NAV som hadde vore med på telefonmøte i staden, syntest dette gjekk greitt og meinte at møtestrukturen var god.

Representantane frå rehabiliteringssenteret syntest også at telefon var greitt, men at eit av møta helst bør vere videokonferanse, sjølv om det er meir krevjande å setje opp. Dei heldt fram at det betyr mykje å få eit ansikt og møte eit menneske med blikket. Då vert det ikkje berre ei stemme som ein ikkje anar om sit og blar i eit papir. Ein av dei uttrykte det på dette viset:

«Eg *synest det blir litt ufarleggjort når ein har videosamtale og kan sjå kvarandre i ansiktet og smile til kvarandre».*

### 3.3 Om felles forståing og vidare oppfølging

Pasientane meinte det er bra at dei ulike profesjonane får ei felles forståing for kva som er best for dei, og at dei vert einige om vegen vidare. Før opphaldet på rehabiliteringssenteret hadde dei opplevd å få mange forskjellige råd frå ulike instansar, mens dei forskjellige instansane no fekk eit felles referansepunkt. Ein av pasientane sa det slik:

*«Ja, og det at eg føler at alle jobbar meir ilag. Før eg kom hit så var det veldig sånn der, der og der. Overalt liksom. Så når eg kom hit vart det litt meir samla liksom. Litt meir skikkeleg».*

Samtidig slepp dei også å forklare det same om igjen og om igjen, både til fastlege og til NAV, når dei kjem heim att i sitt eige miljø:

*«….fordi at då slepp eg å fortelje alt mogleg mange gongar . Altså det er lettare når alle sit der på ein måte».*

Pasientane ga også uttrykk for at dei vart sett og høyrd og fekk sagt det dei ønska. Dei fekk fortelje med eigne ord kva som feila dei, og dei andre som deltok i møtet nytta eit forståeleg språk og snakka ikkje seg imellom. Ein av pasientane som var med i prosjektet ga uttrykk for at han følte at han var blitt

meir ivareteke enn andre pasientar ved rehabiliteringssenteret, og meinte at fleire kunne trenge denne typen oppfølging. Han sa det også på denne måten:

*«Eg trur det er mange, i alle fall dei som er her i dag som eg har snakka med, som hadde hatt behov for å fått ei sånn oppbakking».*

Av moment som fastlegane trekte fram, var mellom anna at den auka samhandlinga i større grad inkluderer fastlegane som tilvisarar og gjer at dei får eit større eigarforhold til prosessen. Nytta av eit samarbeid undervegs blei også nemnd, ved at ein får ein direkte samtale med dei impliserte, samtidig som pasienten føler seg meir i sentrum og ivareteke. Nokre nemnde spesielt det å få eit felles referansepunkt. Ein av legane trekte spesielt fram at når ein får eit slikt felles referansepunkt, kan det gjere at ein slepp å vidareformidle kva som har vore gjort og tenkt ein annan plass. Dette samsvarar med det som vart trekt fram frå pasienthald. Ein kan også  unngå mange unødvendige spørsmål og bli einige om kva som skal gjerast vidare:

« *….mens med det her møtet så er det felles referansepunkt, alle var der og høyrde. Og det ryddar av vegen mange unødvendige spørsmål eigentleg og gjer det lettare å gå saman i same retning vidare».*

Nokre av fastlegane trekte fram betydinga av pasienten sitt arbeid med eiga målsetjing. Pasienten må formulere eigne mål i samhandling med behandlarane på rehabiliteringssenteret og dei andre som deltek i møta. Då kan måla tilpassast ut i frå kva moglegheiter og avgrensingar som ligg føre. Når pasienten på denne måten lagar si eiga målsetjing og har eit eigarforhold til dette, styrkast moglegheita for at målsetjinga vert nådd.

Det vart også halde fram at det er ein dialog, at ein som behandlar får råd undervegs, at dette blir styrt, og at ein kan ta kontakt igjen og då veit kven ein skal snakke med:

*«….du får eit ansikt, du får ei stemme, og føler det er eit samarbeid».*

Nokre av fastlegane gav uttrykk for at det er for tidleg å seie om desse møta gjer det lettare for pasienten å nå måla sine. Ein grunn til dette er at ein som fastlege foreløpig har for lite erfaring med denne samhandlingsmodellen. Som tidlegare nemnd hadde fastlegane berre hatt ein pasient kvar i prosjektet. Fleire av legane trekte også fram utfordringa som oppstår når pasientane kjem heim att etter eit rehabiliteringsopphald. Det er korleis det då går med pasienten som vil avgjøre om eit prosjekt verkar. Ein av legane sa det på denne måten:

«*….utfordringa er når dei kjem tilbake til kvardagen og møter att si vande verkelegheit. Så de presenterer ei god ideell pauseboble som dei får smake på og forhåpentlegvis klarar å ta med seg noko av ut i verkelegheita si att».*

Frå NAV vart det trekt fram at ein får til eit tidlegare samarbeid og kan fange opp personen på eit tidlegare tidspunkt med tettare oppfølging. Dermed kan ein unngå at vedkommande er lengre sjukmeldt enn det som er naudsynt. Det vart halde fram at når alle er til stades i møtet, og pasienten skal seie noko om sine forventingar om å komme tilbake i arbeid, vil dette minke tida ein treng for å

vurdere når og korleis dette skal gjerast, fordi alle kan bidra med tanke på kva som er hensiktsmessig for pasienten vidare.

Ein av deltakarane frå NAV ga uttrykk for at når pasienten har eit eigarforhold og avsluttar opphaldet med ein plan som pasienten sjølv har vore med å utforme, gir det eit godt utgangspunkt for den vidare oppfølginga:

*«For NAV er det eit utgangspunkt som er heilt unikt, og som eg tenkjer at det må vi gripe. Og grip vi ikkje det, så får vi det aldri til».*

Den same NAV-tilsette trudde at den aktuelle personen som ho hadde hatt i prosjektet, no ville klare å komme tilbake i arbeid, noko ho meinte ein aldri hadde greidd utan dette prosjektet. Ein annan av dei NAV-tilsette var imidlertid meir usikker på om prosjektet ville verke inn på den vidare oppfølginga av hennar konkrete pasient og trekte fram at med erfaring frå berre eitt møte, er det vanskeleg å seie noko sikkert om nytteverdien:

*«Eg var berre med på ein konferanse, og det er vanskeleg å seie om det. Eg har erfaring frå før som ikkje har noko med prosjektet å gjere korleis det fungerer med rehabiliteringssenter. For nokre er det heilt perfekt, berre «yes» – så, men for nokre er det – ja – dei er tilbake. Eg veit ikkje med denne pasienten – er litt usikker».*

Rehabiliteringssenteret meinte at prosessen med møte og samhandling heile vegen, gjer at det er lettare for pasientane å lage seg ein plan og ei målsetjing sjølv, så vil tida vise om dei klarar å gjennomføre det. Det vart halde fram at viss ein i løpet av rehabiliteringsopphaldet er flink til å følgje opp det som vart planlagd i det første møtet, kan ein hjelpe pasienten til å komme med ei klar målsetjing for rehabiliteringa. Både målsetjinga og vegen til målet må komme tydeleg fram. Betydinga av at pasienten blir sett vart også framheva:

«Eg *trur det er pasienten som blir sett. Det gjer ein ikkje med rapportar, det gjer ein med å sjå individet».*

Det vart spesielt trekt fram at pasientane ved å presentere sin eigen rehabiliteringsplan i det avsluttande møtet, får eit eigarforhold til kva som skal gjerast vidare, og at dei opplever meistring når dei legg planen fram for fastlegen, NAV og kontaktpersonar ved rehabiliteringssenteret. Rehabiliteringssenteret gav også uttrykk for at den auka samhandlinga har gjort at ein ser at NAV er ein medspelar, og at pasienten sitt forhold til NAV blir mindre distansert.

### 3.4 Om nytteverdi av kvart av dei tre møta

Ut i frå det som pasientane svarar i intervjua, kan det i utgangspunktet sjå ut til at det er litt vanskeleg for dei å seie kor stor nytteverdi dei har hatt av møta i denne utvida samhandlingsmodellen. Når ein ser samla på kva dei seier i forhold til tryggleik, måloppnåing og felles forståing, er hovudinntrykket imidlertid at møta har vore nyttige.

Om det første møtet, som var før pasienten kom til rehabiliteringssenteret,  vart det gitt uttrykk for at å snakke med nokon før ein kom til rehabiliteringsopphaldet var viktig:

*«….ein føler seg jo velkommen når ein snakkar før ein kjem».*

Det vart også nemnd at det første møtet var betryggjande og gjorde at ein visste kva ein kom til.

Det andre telefonmøtet ser også ut til å ha fungert greitt. Ein pasient trekte fram det betryggjande ved dette møtet, medan ein annan ga uttrykk for at dette møtet var nyttig fordi ho fekk innspel frå fleire, og det kom fram mange tankar som ho måtte tenkje gjennom til det tredje og avsluttande møtet.

Fleire uttrykte også positive erfaringar med det tredje møtet. Ein av pasientane sa det på denne måten:

*«Eg fekk seie nøyaktig korleis eg hadde det. No kjenner eg jo fastlegen av dei som var med på møtet, men eg har jo aldri møtt vedkommande frå NAV, og eg synest det var veldig bra at det var andre fagpersonar der som kunne fortelje om meg, sånn at når eg skal på møte med ho frå NAV i januar, så står eg liksom ikkje på bar bakke»*.

Ein annan pasient sa dette om kva av møta han synst var viktigast:

*«Altså i forkant så er det jo det første vi hadde. Men no i etterkant synest eg det i dag eigentleg har vore det viktigaste. Med NAV og fastlegen»*.

Når det gjeld fastlegane sine synspunkt på kvart av dei tre møta, var hovudinntrykket at dei oppfatta det første og det siste som dei viktigaste. Om det første møtet vart det nemnd at det gjorde pasienten meir motivert og mindre skeptisk. «Grueterskelen» for å reise til rehabiliteringssenteret blei senka, noko som gjorde innkomsten til rehabiliteringssenteret lettare. Det siste møtet var viktig med tanke på oppfølginga vidare, både for pasient og behandlarar. Betydinga av ein møtearena der ein får høyre kven pasienten har vore hos, kva som er gjort og kva som er tenkt vidare, blei trekt fram. Ein av fastlegane stilte spørsmål ved om ein trong alle tre møta, og når ein ser samla på det fastlegane uttrykte, ser det ut til at det andre møtet er det dei totalt sett oppfatta som minst viktig. Ein av fastlegane sa det på denne måten:

*«Så ein og tre er veldig viktige begge to. To er luksus, men vi kan godt ha det med».*

Frå RKHR vart også det første og det siste møtet trekt fram som dei viktigaste, og det vart nemnd at formøtet kunne brukast til å utfordre pasienten og formidle kva ein forventar, medan det avsluttande møtet er spanande fordi det er der pasienten legg fram rehabiliteringsplanen sin.

## 3.5 Tidsbruk i forhold til andre oppgåver

Ein av dei tilsette frå NAV heldt fram at det er viktig at ein unngår dobbeltarbeid og at ein veit kvifor ein er kalla inn til møte. Også nokre av fastlegane trekte fram at det kan vere utfordrande å finne tid til

desse møta i ein travel kvardag, særleg viss det er korte fristar. Det er mange som skal ha eit møte, og det kan vere krevjande å få klemt inn møta:

*«….men det er jo utfordringa å klare å få det til, i alle fall viss ein har fulle timebøker og lange ventelister».*

Som lege i førstelinjeteneste er det heller ikkje alltid lett å oppfylle alle forventingane frå andrelinjeteneste:

*«….det står mange andrelinjetenestar i kø med forventingar til førstelinjetenesta».*

Ein av legane opplevde at samhandlingsmodellen hadde vore effektiviserande for arbeidet med hans pasient, og ein annan meinte denne utvida samhandlinga vil gjere arbeidet med ein del av pasientane lettare. Generelt var det likevel vanskeleg for fastlegane å uttale seg om kor effektiviserande samhandlingsmodellen vil vere ut ifrå erfaring med berre ein pasient kvar.

### 3.6 Vidareføring av prosjektet og forbetringsmoglegheiter

Ein av fastlegane trekte spesielt fram utfordringa i at legane ikkje tilviser direkte til eit spesifikt rehabiliteringssenter, men til ei koordineringseining for rehabilitering. Ein veit difor ikkje kor brukaren får tilbod om opphald, og det ville vore hensiktsmessig med ei ordning der dei kan tilvise til eit spesifikt rehabiliteringssenter som kan tilby ei slik utvida samhandling.

*«….vi tilviser jo ikkje til dette rehabiliteringssenteret, vi tilviser jo til koordineringseiningar for rehabilitering, og vi veit jo ikkje kor denne pasienten blir sendt. Det er ei utfordring, vi kunne jo godt tenkje oss at den og den pasienten skulle til dette aktuelle rehabiliteringssenteret som vi snakkar om no».*

Ein av dei tilsette ved NAV argumentere også for at det kunne vore hensiktsmessig om dei kunne ta kontakt med rehabiliteringssenteret når dei har personar som kan dra nytte av denne typen utvida samhandling:

*«Eg kunne tenkt meg at det fanst ein modell der vi kunne tilvist og sagt at vi har ein person som burde vere med i eit slikt prosjekt, fordi det vil gjere til at vedkommande vil komme raskare tilbake i arbeid».*

Også rehabiliteringssenteret ønska seg eit system der ein kan fange opp aktuelle pasientar til denne utvida samhandlingsmodellen, til dømes ved at dette kjem inn i søknaden til koordinerande eining:

*«At fastlegen kunne ringt senteret og spurd; her har vi ein, vil det være noko, at det kan komme inn i søknaden til koordinerande eining»*

Rehabiliteringssenteret trekte også fram at NAV kan foreslå pasientar som bør få tilbod om utvida samhandling:

*«Eller at NAV også kunne teke kontakt, der eg då truleg ville spelt ballen tilbake til fastlegen, for eg meiner det er fastlegen som skal vere dirigenten».*

Fastlegane argumenterte også for at denne modellen passar godt for nokon, mens andre ikkje vil finne seg til rette i ein slik setting, og dermed ikkje ha same utbytte.

Både frå NAV- og legehald vart det trekt fram at det ville vere ein fordel dersom ein kunne sitje på kvart sitt kontor å gjennomføre videokonferanse. Ein av dei NAV-tilsette sa det slik:

*«….når vi er komne så langt at vi kan ha videokonferanse heile tida, så antek eg at det kan vere veldig greitt viss legen sit på kontoret sitt og kan sjå og vere med, så eg håpar at det kjem snart.»*

Frå rehabiliteringssenteret vart det ytra ønske om å trekkje fysioterapeuten på heimstaden tettare inn i den utvida samhandlinga for å få betre samanheng mellom fysioterapien som blir gitt på rehabiliteringssenteret og i den vidare oppfølginga i ettertid. Dette er ikkje alltid tilfelle i dag, som legen ved rehabiliteringssenteret sa:

*«Fysioterapeutar gjer då ei behandling som er heilt på tvers av det vi anbefaler. Og det er fastlegane som tilvisar. Og om dette fortset, då er det klart dei kjem tilbake til hengemyra om dei held på med massasje, akupunktur,…….. og kva det måtte vere. Dette krev samhandling.»*

Med omsyn til fysioterapi, vart det i tillegg frå fastlegehald trekt fram at det i epikrisa frå rehabiliteringsopphaldet må komme tydeleg fram kva slags fysioterapibehandling pasienten skal ha i den vidare oppfølginga:

*«Det synest eg er greitt at det står heilt i klartekst i epikrisa og eventuelt takast opp i møte 3, og at de skriv ut førstegongs fysioterapirekvisisjon slik de meiner er riktig, så ikkje det blir ei tolkingsmoglegheit for oss . Vanlig er «vurderast av fysioterapeut», men at de i staden skriv kva de vil leggje vekt på og kanskje skriv den først tilvisinga. Det kan vere nyttig».*

Ei anna problemstilling er at i ein større by kan det også vere ei utfordring at pasientane ikkje har ein fast fysioterapeut over tid.

## 4.0 Styrkar og svakheiter ved evalueringa av samhandlingsmodellen

Ein styrke ved evalueringa er at det er innhenta synspunkt frå både pasientar og forskjellige instansar som deltek i pasienten sin rehabiliteringsprosess. Ut ifrå at det dreier seg om evaluering av ein samhandlingsmodell, ser ein det også som ein fordel at representantar frå dei forskjellige instansane er intervjua i tverrfaglege fokusgrupper, der dei kan få del i kvarandre sine synspunkt.

Det er også ein styrke at det har vore nytta anerkjende forskingsmetodar i samband med gjennomføring og analyse av intervjua.

Ei svakheit ved evalueringa er at ein så langt har eit lite erfaringsmateriale, spesielt gjeld dette fastlegane og dei NAV-tilsette, som berre hadde hatt ein pasient kvar i prosjektet. Dette gjorde det vanskeleg for kvar av dei å uttale seg sikkert om nytteverdien av prosjektet.

Ei anna svakheit er at tre av pasientintervjua ikkje er med i evalueringa fordi ein av tidsmessige omsyn ikkje klarte å få dei med i analysen.

I ettertid ser ein også at det siste av spørsmåla i intervjuguiden burde ha vore utforma på ein annan måte og at omgrepet «rutine» ikkje burde vore brukt. Då ein kom til dette spørsmålet i det andre av dei to fokusgruppeintervjua, kom det fram at deltakarane hadde ulik oppfatning av omgrepet «rutine» og i kva omfang ein tenkte at samhandlingsmodellen skulle vidareførast.

## 5.0 Oppsummering og konklusjonar

Den utvida samhandlingsmodellen har gitt auka samhandling mellom pasient, fastlege, NAV og RKHR. Ein får eit felles referansepunkt og oppnår ei sams forståing av måla for rehabiliteringsprosessen. Dette skapar eit eigarforhold til rehabiliteringsprosessen hos alle deltakarane og kan leie til at pasienten kjem raskare tilbake i arbeid. Pasienten slepp også å vidareformidle informasjon frå den eine instansen til den andre, fordi alle har dette felles referansepunktet. Det vart også gitt uttrykk for at ein som pasient vart sett og høyrd og kjende seg ivareteke.

I denne samhandlingsmodellen har det vore gjennomført i alt tre møter, eitt i forkant av rehabiliteringsopphaldet, eitt i løpet av opphaldet og eitt ved avslutning av opphaldet ved RKHR. Alle tre møta ser ut til å ha vore nyttige på kvar sin måte, men dersom ein skal rangere dei, er hovudinntrykket at det første og det siste av møta har vore dei viktigaste. Det første møtet gjorde at pasientane visste betre kva dei kom til ved RKHR, mens det tredje og avsluttande møtet var viktig for å planleggje den vidare oppfølginga av pasienten etter rehabiliteringsopphaldet.

I prosjektet vart det nytta både telefonmøte og videokonferanse. Tilbakemeldingar frå intervjua viser at begge delar har fungert tilfredsstillande. Likevel er hovudinntrykket at dei som har vore med på både telefonmøte og videokonferanse, opplevde at videokonferanse er betre fordi det gir ein ekstra dimensjon til samtalen ved at ein ser dei andre sine ansikt. Samarbeid ved visuell kontakt betrar kommunikasjonen. Ein ulempe med videokonferanse, er at det per i dag er tidkrevjande, spesielt for fastlegane som må forflytte seg til NAV sitt kontor for å delta. Det vil difor vere ein fordel om ein kan finne tekniske løysingar som gjer det mogleg for både NAV, fastlegar og eventuelt fysioterapeut å sitje på eige kontor i forbindelse med videomøta.

Ei av innvendingane mot samhandlingsmodellen var at han er tidkrevjande, ikkje berre i samband med dei praktiske utfordringane rundt videokonferanse. Spesielt for fastlegane kan det vere problematisk å få plass til alle møta i ein travel kvardag med fulle timebøker og lange ventelister. Når det gjeld informasjon om samhandlingsprosjektet til pasient, fastlegar og NAV, var hovudinntrykket også at denne burde vore meir omfattande og om mogleg gitt tidlegare.

Eit anna forbetringspotensial ligg i å trekkje fysioterapeuten på pasienten sin heimstad tettare inn i den utvida samhandlinga. Dette kan til dømes gjerast ved at fysioterapeuten deltek på det tredje og avsluttande møtet. I tillegg er det ønskeleg med meir detaljerte fysioterapianbefalingar i epikrisa frå

RKHR til fastlegane. Ei anna problemstilling er at i ein større by kan det også vere ei utfordring at pasientane ikkje har ein fast fysioterapeut over tid.

Det ligg også ei utfording i at fastlegane si tilvising til rehabilitering skjer via ei koordinerande eining som så fordeler pasientane til ulike rehabiliteringsinstitusjonar. Både fastlegar, NAV og RKHR tok til orde for å finne ordningar som kan sikre at pasientar som kan ha nytte av denne type utvida samhandlingsmodell, kjem til ein rehabiliteringsinstitusjon der dei kan få eit slikt tilbod. I samband med dette, ser vi det som viktig at det er klare kriterium for kven som bør få tilbod om denne samhandlingsmodellen, og at kriteria er gjort kjend både for fastlegane og NAV.

## 5.1 SWOT-analyse basert på intervjua

For å få fram hovudpunkt frå evalueringa, presenterast her ein SWOT-analyse basert på det som kom fram i analysen (tabell 1). SWOT-analyse er eit verktøy som mellom anna kan nyttast for å kartleggje og analysere styrkane og svakheitene ved prosessar og prosjekt, samt styrkane og svakheitene ved eit tiltak før avgjerd om iverksetjing (4). Det nemnast at i feltet for «moglegheiter» i SWOT-analysen, er det i hovudsak vektlagt forbetringsmoglegheiter.

| **Tabell 1**<br>**SWOT-analyse basert på evaluering av ein modell for utvida samhandling i praksis mellom NAV, kommunelegeteneste og rehabiliteringsinstitusjon** | |
|---|---|
| **Styrkar** | **Svakheiter** |
| - Aukar samhandlinga mellom deltakarane<br>- Oppnår felles referansepunkt og felles forståing av måla for rehabiliteringsprosessen<br>- Skapar eigarforhold til prosessen hjå alle deltakarane<br>- Kan leie til at pasienten kjem raskare tilbake i arbeid<br>- Pasienten slepp å vidareformidle informasjon frå den eine instansen til den andre<br>- Gir auka tryggleik for pasienten<br>- Pasienten vert sett og høyrd<br>- Ein får sjå kvarandre på videomøte, dette gir betre kommunikasjon | - Tidkrevjande, vanskeleg å finne plass til alle møta<br>- Videomøte er ressurskrevjande<br>- For lite og for sein førehandsinformasjon til pasientar, fastlegar og NAV<br>- Fysioterapeut på pasienten sin heimstad har ikkje vore med i prosjektet |
| **Moglegheiter** | **Truslar** |
| - Finne tekniske løysingar som gjer at både fastlege, NAV og eventuelt fysioterapeut kan sitje i videomøte på sine eigne kontor.<br>- Gi tidlegare og meir omfattande førehandsinformasjon til pasient, fastlege og NAV<br>- Trekkje inn fysioterapeut på heimstaden i den utvida samhandlingsmodellen, til dømes i det tredje og avsluttande møtet<br>- Meir detaljerte fysioterapianbefalingar i epikrise frå RKHR til fastlegane<br>- Ha klare kriterium for kven som bør inn i denne samhandlingsmodellen og gjere kriteria kjend både for fastlegane og NAV<br>- Finne ordningar som gjer at pasientar som har nytte av denne typen utvida samhandling kjem til eit rehabiliteringssenter som kan gi tilbodet. | - Tungvint teknologi ved videomøte<br>- Viss modellen blir for tidkrevjande, kan det gjere at den ikkje vert nytta i den grad den bør<br>- Kan vere ei utfordring dersom pasientane ikkje har ein fast fysioterapeut over tid<br>- Utveljing av pasientar via sentral koordinerande eining kan gjere at pasientar som bør få tilbodet, ikkje får det |

### 5.2 Hovudkonklusjon

Det er sterke indikasjonar på at denne samhandlingsmodellen kan vere eit nyttig verkemedel som gir auka måloppnåing i rehabiliteringsprosessen og kan gjere at pasienten kjem raskare tilbake i arbeid, men det er vanskeleg å trekkje bastante konklusjonar ut ifrå eit så lite materiale. Vi foreslår ei vidareføring og vidareutvikling av modellen basert på det som kjem fram ved denne evalueringa og tilrår at ein seinare gjennomfører ei evaluering basert på eit større prosjektmateriale med fleire deltakarar og over lengre tid.

## Referansar

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
2. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311:299-302.
3. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3(3):172-5.
4. Strategisk analyse (SWOT-analyse). Helsebiblioteket.no. Tilgjengeleg frå: http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%C3%B8y/strategisk-analyse-swot-analyse. [26.03.2014].

# KAPITTEL 3:

# REFLEKSJONAR UNDERVEGS I PROSJEKTET RUNDT PRAKSIS-NYTTE

## 1. Rekruttering av pasientar

Det har vore utfordrande å få rekruttert pasientar til studien. Fastlegane har vore positive, men når det kjem til handling så blir det ofte nedprioritert/gløymt i ein hektisk kvardag. Vi har erfart at dette med å drøfte pasientar før behandling og å søke råd nok er ein ny tanke hos mange.

## 2. Samhandling med vurderingseininga for rehabilitering

Vår modell (jmf Forprosjekt til dette prosjektet i kapittel 1 (Samhandlingsprosjekt 1)) vart laga før oppstart av regional vurderingseining. Dette gjorde at vi måtte tilpasse modellen til nytt system med ei regional vurderingseining. I samråd med regional vurderingseining fann vi ei god løysing på dette. Rekruttering til prosjektet starta etter at søknad om opphald var vurdert ved vurderingseininga og vidaresendt til institusjonen. Aktuelle pasientar og pasienten sin fastlege fekk informasjon om prosjekt og invitasjon til å delta. Dette har vist seg å fungere på ein god måte.

## 3. Endringar i prosjektet undervegs

1 -Vi hadde lagt opp til eit felles infomøte for fastlegar/NAV på Vestlandet. Dette vart erstatta av infomøte på dei enkelte legekontor. Dette for å nå ut til flest muleg.

-Nokre NAV-kontor hadde ikkje videoutstyr. I prosessen kjøpte eit NAV kontor i Hordaland videokonferanseutstyr for å kunne nytta dette i samhandling med RKHR og andre.

2 Lege og leiande sjukepleiar ved RKHR plukkar ut potensielle kandidatar for prosjektet på inntaksmøte , i god tid før pasienten kjem på senteret. ( Dette på bakgrunn av pkt. 11 i rapporten.) Desse får så informasjon om prosjektet, og ein avtalar formøte for kandidatar som seier seg interesserte. Samhandlingskoordinator har også fokus på eventuell kandidatar som er søkt inn på «Raskare tilbake» . Samhandlingskoordinator kontakta dei med informasjon og forespørsel om deltaking, i samråd med fastlege. Fastlege vart kontakta først med informasjon og førespurnad om deltaking.

3.-To utskrivingsmøter vart avholdt som telefonmøter i staden for videokonferanse; henholdsvis pga tekniske problemar og tidsbruk for fastlegen.

## 4. RKHR si erfaring med bruk av telefonmøte og videomøte som samhandlingsmedium

Dette fungerte veldig bra for RKHR, men er noko tidkrevjande. Opplever i møta at det er av stor verdi med ansikt til ansikt kommunikasjon, dette kan ikkje telefonmøta tilby.

Telefonmøte fungera godt og er eit bra alternativ til videokonferanse der de av ulike årsakar ikkje let seg gjere å ha videokonferanse. Er mindre tidkrevjande, og ein mogelegheit til dialog.

Formøtet vart alltid avholdt med telefon, det same med møte nr 2.

Møte nr 3 vart i 6 av 8 tilfelle avholdt med videokonferanse. Videokonferanse er det mest optimale. Utfordringar med teknikk og med tidsbruk for legar var årsak til dette.

Telefonmøte litt "dårligare" løysing - men betre enn ingen samtale/samhandling.

# KAPITTEL 4:

# OPPSUMMERING

# 1. Oppsummering

Prosjektet har vist at ein ved auka samhandling, før, under og etter rehabiliteringsopphald, mellom institusjon, pasient, NAV og fastlege oppnår eigarforhold til prosessen hjå alle deltakarar. Dette kan leia til at pasienten i større grad når måla sine. Det er og mykje som tyder på at ein tidlegare i rehabiliteringsforløpet kjem i gang med hensiktsmessig behandling og felles forståing av måla for rehabiliteringsprosessen.

I forhold til ressursbruk har dette prosjektet vist at det er eit forholdsvis krevjande løp å få mange pasientar gjennom alle samhandlingsmøta saman med lege og NAV. Det er mykje koordinering som krev tidleg innsats . Prosjektet har vist at skal ein lykkast med samhandling og jobba hensiktsmessing bør ein kartleggje behovet tidleg og leggja opp en god og strukturert plan. Ein må tenkje gjennom korleis ein, så tidleg som mogeleg i forløpet, fangar opp kven som treng auka samhandling, ein, to eller tre møter, korleis ein gjer dette best muleg, men samstundes minst muleg ressurskrevjande for dei det gjeld. Dei ulike møta bør sjåast på som ulike «verktøy» som kan nyttast saman eller kvar for seg, ut frå den einskilde pasient.

Det har vore viktig med fast møteagenda og tidsbruk. Noko som var avgjerande for at dialogen i møta gjekk godt og at alle fekk mogelegheit til å uttala seg. Agenda som vart nytta er den same som i delprosjekt 2 .

Det er mykje som tydar på at auka samhandling generelt og god lokal forankring spesielt gir auka tryggleik for pasientane.

Videokonferanse som teknologisk verkemiddel ser ut til å fungera hensiktsmessig med tanke på samhandling i områder med stor geografisk spreiing.

I prosjektet har vi og fått auka kunnskap om mogelegheiter, kvardagen og utfordringane hjå øvrige aktørar. Noko som vil væra nyttig i vidare samhandling og i dialog med pasient.

Informasjonsflyt har eit forbetringspotensiale. Ein bør, på bakgrunn av resultata i prosjektet, utarbeida ein plan for korleis ein skal informera fastlegar og andre om samhandlingsmogelegheiter og samhandlingsarenaer. På den måten auka fokus på mogelegheit for dialog i alle ledd.

Fleire aktørar bør og inn i dialogen ,og då spesielt i siste del som er videoutskrivingssamtale, for å sikre at ein og der jobbar i tråd med ein felles forståing.

Vi vurderer dei ulike møtearenaene som verktøy som kan nyttast hensiktsmessig ut frå den enkelte pasient sine behov og som kan vidareutviklas i form av betre tekniske løysingar, ressursbruk, betre informasjon og fleire aktørar.

Vi vil gjerne presentere funna i prosjektet for andre tilsvarande fagmiljø på nasjonalt plan.

Vedlegg 1

Fastlege

Pasient: NN

Dato

## Innkalling til kartleggingssamtale

Ovannemnde pasient har fått opphold på Haugland Rehabiliteringssenter. Involverte parter innkalles til kartleggingssamtale:

**Dato/tidspunkt:**
**Stad: telefonmøte.**

Møtet forventast å vare i ca. 30 minutt, og føregår pr. telefon. Rehabiliteringssenteret ringer opp på avtalt nummer.
Vi ber fastlege om å sende telefonnummer til epost Borghild.Midttun@rkhr.no
Fagperson på Haugland Rehabiliteringssenter er møteleiar. Det vil ikkje frå vår side bli skrevet referat frå møtet, men journalføres hos involverte aktører.

Dagsorden

1) Presentasjon av møtedeltakarar
2) Fastlege legg frem bakgrunn for vurdering.
3) Kommentar frå pasient.
4) Innspill frå fagstab ved Haugland Rehabiliteringssenter
5) Kommentar, vurdering frå fastlege.
6) Kommentar frå pasient.
7) Info frå RKHR om saksgangen vidare….

Med venleg helsing

Borghild Skadal Midttun
Sammhandlingskoordinator



Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS
6968 Flekke · Tlf. 57 73 71 00 · Fax. 57737101 · E-post: inntak@rehabiliteringssenter.no · www.rkhr.no

# Samhandling før, under og etter.

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter er lokalisert i Sogn og Fjordane. Vi har avtale med Helse Vest om 70 plasser med institusjonsbasert tverrfagleg rehabilitering på spesialisthelsetenestenivå innanfor pasientgruppene muskel-, skjelett-, bindevev, revmatiske og smertelidingar, nevrologisk sjukdom, tinnitus, sjukleg overvekt og følgjetilstander etter kreftsjukdom.

Rehabilitering er bistand til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. Etter BEON prinsippet får pasientar tilbod om institusjonsbasert tverrfagleg rehabilitering på spesialisthelsetenestenivå når ein har betydelege utfordringar jfr. Rehabiliteringsdefinisjonen. Typisk er det tale om pasientar som har vore sjukmeldte i over 6 månader (og/eller omfattande utfordringar knytt til deltaking) og typisk vil dette, uavhengig av rehabiliteringsdefinisjonen, dreie seg om 'samensatte lidingar' jfr. Borchgrevink et al.

Samhandlingsreforma definerer samhandling og ynskjer 'å sikre eit bærekraftig, heilskapleg og samanhengande tenestetilbod av god kvalitet, med høg pasienttryggleik og tilpassa den enkelte brukar.' Eit rehabiliteringsopphald er til vanleg 3 veker og ein planlegg og ein felles utskrivingssamtale via videokonferanse 1-2 dagar før avreise. NAV og fastlege er obligatoriske deltakara i møtet.

Det vært eit møte i forkant og eit telefonmøte i uke 2 av opphaldet. Her legg ein opp ein strategi for oppfølging lokalt. Her deltek dei same aktørane, eventuell andre aktuelle kommunale aktørar.

Pasienten presenterer i møta sin vidare plan. Planen er utarbeidd etter ein enkel mal med overordna deltakingsmålsetting og delmålprosesser som leier fram til overordna målsetting, eks. tilpassa fysisk aktivitet, bruk av kognitiv terapi i kvardagen, trappetrinnsmodell på opptrapping av jobb etc. Eit ressursfokus ligg til grunn for vår behandling og det vil dermed prege pasienten i sine val. Det er viktig å halde dette fokuset vidare, for at pasienten skal lukkast i sin rehabiliteringsprosess. Sånt er vanskelig å diskutere i ein-vegs-kommunikasjon via det vanlege samhandlingsmedie

I vårt ressursfokus ligg fleire dimensjonar.

Ein autonomi dimensjon. Pasienten har ressursar i seg sjølv til best å planlegge o**g** drive livet sitt. Om dette er vanskeleg, så er det ein viktig del av rehabiliteringsprosessen, at pasienten sjølv kjem i posisjon til å planleggje, styre og drive sin prosess sjølv, men gjerne med relevant rettleiing og støtte frå aktørar.

Ein dimensjon rundt interesser og drømmer. Fys.med.spesialist og med.faglig ansvarlig overlege Eirik Fismen på RKHR har utarbeidd ei tre-trinns tilnærming kor ein spør etter interesser og drømmer, eks. «kva er du flink til». I tilnærminga ynskjer ein å fokusere for det første på noko anna enn det å være sjukmeldt og funksjonshemma, ein ynskjer å fokusere på kva ressursar pasienten har i seg og på kva som er kjekt og interessant.

Ein dimensjon rundt nettverk. I pasientens nettverk finnest ressursar, den gode arbeidsgjevarkontakt, gode venar, gode førebilete, dei som pasienten sjølv er førebilete for etc.

Ein dimensjon gjeldande funksjon kontra funksjonshemning. Ingen har same funksjonsnivå, og ingen bør bli parkert eller parkere seg sjølv på grunn av en funksjonshemming. Fokuset vert såleis kva ein kan gjere på tross av sine plager.

Tilbodet er utviklet med midlar frå Helsedirektoratet.



Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS
6968 Flekke · Tlf. 57 73 71 00 · Fax. 57737101 · E-post: inntak@rehabiliteringssenter.no · www.rkhr.no

Vedlegg 2

Fastlege
Nav – saksbehandler (Kun videokonferanse)
Pasient

Dato

## Innkalling til felles telefonmøte og utskrivningssamtale.

Ovannemnde pasient er no på Haugland Rehabiliteringssenter og telefonmøte vil bli gjennomført i uke 2 og utskrivingssamtalen i slutten av opphaldet.

## Dato/tidspunkt telefonmøte:

## Dato/tidspunkt utskrivningssamtale:

**Telefonmøtet** varar i ca 30 min og dei ulike aktørar vært oppringt til oppsatt tidspunkt.

**Utskrivningssamtale** forventast å vare i ca. 30 minutt, og føregår **pr. videokonferanse**. NAV sin sakshandsamar og vårt personale kopla til forbindelsen (vi ringer NAV) og kontrollerer lyd og bilete 5 minutt før møtet startar.

Vi ber NAV sin saksbehandlar om å sende mobiltelefonnummer og videokonferanseadresse til epost Borghild.Midttun@rkhr.no om ikkje vedkommande allereie har gjort det.

Pasienten sin lege under opphaldet er møteleiar. Det vil ikkje frå vår side bli skrevet referat frå møtet, men vi vil skrive et notat i epikrisen om møtet.

Dagsorden

1) Presentasjon av møtedeltakarar
2) Pasienten si framstilling av overordna målsetting, delmål og strategi for det neste halve til heile året med fokus på lokal oppfølging.
3) Kommentarar frå fagstab ved Haugland Rehabiliteringssenter
4) Kommentarar frå fastlege og NAV
5) Evt.

Med venleg helsing

Borghild Skadal Midttun
Samhandlingskoordinator.

# Samhandling før, under og etter.

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter er lokalisert i Sogn og Fjordane. Vi har avtale med Helse Vest om 70 plasser med institusjonsbasert tverrfagleg rehabilitering på spesialisthelsetenestenivå innanfor pasientgruppene muskel-, skjelett-, bindevev, revmatiske og smertelidingar, nevrologisk sjukdom, tinnitus, sjukleg overvekt og følgjetilstander etter kreftsjukdom.

Rehabilitering er bistand til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. Etter BEON prinsippet får pasientar tilbod om institusjonsbasert tverrfagleg rehabilitering på spesialisthelsetenestenivå når ein har betydelege utfordringar jfr. Rehabiliteringsdefinisjonen. Typisk er det tale om pasientar som har vore sjukmeldte i over 6 månader (og/eller omfattande utfordringar knytt til deltaking) og typisk vil dette, uavhengig av rehabiliteringsdefinisjonen, dreie seg om 'sammensatte lidingar' jfr. Borchgrevink et al.

Samhandlingsreforma definerer samhandling og ynskjer 'å sikre eit bærekraftig, heilskapleg og samanhengande tenestetilbod av god kvalitet, med høg pasienttryggleik og tilpassa den enkelte brukar.' Eit rehabiliteringsopphald er til vanleg 3 veker og ein planlegg og ein felles utskrivingssamtale via videokonferanse 1-2 dagar før avreise. NAV og fastlege er obligatoriske deltakara i møtet.

Det vært eit møte i forkant og eit telefonmøte i uke 2 av opphaldet. Her legg ein opp ein strategi for oppfølging lokalt. Her deltek dei same aktørane, eventuell andre aktuelle kommunale aktørar.

Pasienten presenterer i møta sin vidare plan. Planen er utarbeidd etter ein enkel mal med overordna deltakingsmålsetting og delmålprosesser som leier fram til overordna målsetting, eks. tilpassa fysisk aktivitet, bruk av kognitiv terapi i kvardagen, trappetrinnsmodell på opptrapping av jobb etc. Eit ressursfokus ligg til grunn for vår behandling og det vil dermed prege pasienten i sine val. Det er viktig å halde dette fokuset vidare, for at pasienten skal lukkast i sin rehabiliteringsprosess. Sånt er vanskelig å diskutere i ein-vegs-kommunikasjon via det vanlege samhandlingsmedie

I vårt ressursfokus ligg fleire dimensjonar.

Ein autonomi dimensjon. Pasienten har ressursar i seg sjølv til best å planlegge o**g** drive livet sitt. Om dette er vanskeleg, så er det ein viktig del av rehabiliteringsprosessen, at pasienten sjølv kjem i posisjon til å planleggje, styre og drive sin prosess sjølv, men gjerne med relevant rettleiing og støtte frå aktørar.

Ein dimensjon rundt interesser og drømmer. Fys.med.spesialist og med.faglig ansvarlig overlege Eirik Fismen på RKHR har utarbeidd ei tre-trinns tilnærming kor ein spør etter interesser og drømmer, eks. «kva er du flink til». I tilnærminga ynskjer ein å fokusere for det første på noko anna enn det å være sjukmeldt og funksjonshemma, ein ynskjer å fokusere på kva ressursar pasienten har i seg og på kva som er kjekt og interessant.

Ein dimensjon rundt nettverk. I pasientens nettverk finnest ressursar, den gode arbeidsgjevarkontakt, gode venar, gode førebilete, dei som pasienten sjølv er førebilete for etc.

Ein dimensjon gjeldande funksjon kontra funksjonshemning. Ingen har same funksjonsnivå, og ingen bør bli parkert eller parkere seg sjølv på grunn av en funksjonshemming. Fokuset vert såleis kva ein kan gjere på tross av sine plager.

Tilbodet er utviklet med midlar frå Helsedirektoratet.



Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS
6968 Flekke · Tlf. 57 73 71 00 · Fax. 57737101 · E-post: inntak@rehabiliteringssenter.no · www.rkhr.no

Vedlegg 3

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Evaluering av ein modell for samhandling i praksis mellom NAV, kommunehelsetenesta og ein rehabiliteringsinstitusjon»

**Bakgrunn og hensikt**
Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å evaluere en modell for økt samhandling i praksis mellom Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter (RKHR), NAV og primærhelsetenesten.

**Hva innebærer studien?**
Vi vil innføre flere dialog/samhandlingsmøter mellom pasient, fastlege, fagperson frå RKHR, evt andre i primærhelsetenesten og/eller NAV, og deretter gjennomføre intervju der vi vil spørre om hvordan denne prosessen blir opplevd frå de ulike synsvinklene. En vil avholde fellesintervju (såkallet fokusintervju) for fagpersonane (med eller uten pasient, alt etter ønsker), og også enkeltintervju med deltagende pasienter.

**Mulige fordeler og ulemper**
Studien vil ikke medføre noen ulemper unntatt tiden en må bruke for intervju-deltagelse

**Hva skjer med informasjonen om deg?**
Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil videre ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Dataene vil bli utlevert til Haugland internasjonale FoU-senter og til Høgskulen i Sogn og fjordane for analysering. Desse partane vil også behandle opplysningane som beskrevet ovanfor.

**Frivillig deltakelse**
Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Anette S. B. Wolff, prosjektleder, tlf 57737021.

**Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B** – *Personvern, biobank, økonomi og forsikring.*

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

# Kapittel B - Personvern

**Personvern**
For pasienter: Opplysninger som registreres om deg er kun intervjudata. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og analyserte.
For helse-ansatte/NAV-ansatte:Opplysinger som registeres er yrke og rolle i pasientens rehabilitering. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og analyserte.
Lydband frå alle intervjua vil bli sletta etter analyse.

Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.
Dataene vil bli utlevert til Haugland internasjonale FoU-senter og til Høgskulen i Sogn og fjordane (avtalefesta samarbeidspartar)

**Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver**
Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Prosjektet vil vare frå November 2013-Desember 2014. Lydfiler vil bli sletta umiddelbart etter analyse.

# Samtykke til deltakelse i studien «Evaluering av ein modell for samhandling i praksis mellom NAV, kommunehelsetenesta og ein rehabiliteringsinstitusjon»

Jeg er villig til å delta i studien

---
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---
(Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg 4

**Intervjuguide fokusgruppeintervjuer**
**(med personale fra rehabiliteringsinstitusjon, NAV, kommunal helsetjeneste)**

Kan dere fortelle med utgangspunkt i egne erfaringer hvordan dere synes at modellen med mer samhandling i rehabiliteringsprosessen har fungert? (Fordeler, ulemper, utfordringer)

Kan dere fortelle med utgangspunkt i egne erfaringer hvordan dere opplevde møtene? Ble alle hørt i tilstrekkelig grad?

Hvordan opplevde dere bruken av video i forbindelse med møtene? Gi gjerne eksempler.

Hvordan fungerte forhåndsinformasjonen før møtene?

Hvordan opplevde dere at koordineringen mellom de forskjellige instansene fungerte? Gi gjerne eksempler.

Tror dere mer samhandling i forbindelse med oppholdet på rehabiliteringsinstitusjon vil påvirke arbeidet med pasienten videre?

I hvilken grad tror dere at mer samhandling i forbindelse med oppholdet på rehabiliteringsinstitusjon har betydning for at pasienten oppnår sine mål?

Bør modellen videreføres som en rutine i praksis? Har dere forslag til endringer og forbedringsmuligheter?

**Intervjuguide individuelle intervjuer**
**(med pasienter)**

Kan du fortelle med utgangspunkt i egne erfaringer hvordan du synes at modellen med mer samhandling i rehabiliteringsprosessen har fungert? (Fordeler, ulemper, utfordringer)

Kan du fortelle med utgangspunkt i egne erfaringer hvordan du opplevde møtene? Ble alle hørt i tilstrekkelig grad?

Hvordan opplevde du bruken av video i forbindelse med møtene? Gi gjerne eksempler.

Hvordan fungerte forhåndsinformasjonen før møtene?

Hvordan opplevde du at koordineringen mellom de forskjellige instansene fungerte? Gi gjerne eksempler.

Tror du mer samhandling i forbindelse med oppholdet på rehabiliteringsinstitusjon vil påvirke rehabiliteringsprosessen videre?

I hvilken grad tror du at mer samhandling i forbindelse med oppholdet på rehabiliteringsinstitusjon har betydning for at du oppnår dine mål?

Bør modellen videreføres som en rutine i praksis? Har du forslag til endringer og forbedringsmuligheter?