

Evaluering af projektet: Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi

Status på implementering, oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter



Christina Holm-Petersen, Emmy Hjort-Enemark Topholm & Martin Sandberg Buch

Evaluering af projektet: Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi – Status på implementering, oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-721-1

Arkivfoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301507

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Ni kommuner har sammen med Herlev og Gentofte Hospital i modelafprøvningsprojektet "Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi" arbejdet med at skabe bedre sammenhæng i de borgerforløb, der går på tværs af hospital og kommune.

I denne rapport præsenteres erfaringerne med og resultaterne af udvalgte indsatser i projektet. Projektet er ét af fem modelafprøvningsprojekter, der har afsæt i sundhedsaftalen 2015-2018 i Region Hovedstaden. Projektet har til formål at forbedre det samlede rehabiliteringsforløb for borgere med apopleksi ved at udvikle det tværsektorielle samarbejde mellem hospitalet og de ni kommuner i hospitalets primære optageområde, også kaldet Planområde Midt. Det drejer sig om følgende ni kommuner: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Rudersdal Kommuner.

VIVE ønsker at takke de mange medarbejdere og ledere, der engageret har bidraget til evalueringen gennem deres deltagelse i interview.

Evalueringen er gennemført på opdrag af projektparterne Herlev og Gentofte Hospital og de ni kommuner i Planområde Midt.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2019

Indhold

Sammenfatning	5
Evalueringsens formål og baggrund	5
Har afprøvet måder at skabe bedre sammenhæng på	5
Fremmere og barrierer for samarbejdet	7
Anbefalinger	8
1 Indledning	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Et tværgående forløb i fire faser	11
1.3 Formålet med projektet	13
1.4 Evalueringsens formål	14
1.5 Metode	14
1.6 Læsevejledning	17
2 Om modelafprøvningsprojektet	18
2.1 Projektorganisering	18
2.2 Forløb og status på afprøvninger	19
2.3 Nedskalering af oprindelige ambitioner	23
3 Erfaringer og resultater med afprøvningerne	24
3.1 Kuverten, der følger borgeren	24
3.2 Brug af fælles måleredskaber	28
3.3 Tværsektorielle udskrivelsessamtaler	31
3.4 Fælles kompetenceudvikling	35
3.5 Opsamling	39
4 Barrierer og fremmere for det tværsektorielle	41
4.1 Projektfremmere	41
4.2 Projektbarrierer: Kendskab og uklarhed om roller	41
4.3 Variation i ledelsesfokus og -opbakning	42
4.4 Strukturelle barrierer: Variation i de kommunale tilbud	45
4.5 Det kommer hurtigt til at handle om økonomi	48
4.6 Opsamling	50
5 Konklusion og diskussion	51
5.1 Konklusion	51
5.2 Diskussion	53
5.3 Hvad skal der ske nu?	58
5.4 Anbefalinger	58
6 Litteratur	60
Bilag 1 Projektindsatser	61

Sammenfatning

Evalueringens formål og baggrund

Apopleksiafsnittet på Herlev og Gentofte Hospital har sammen med de ni kommuner i hospitalets primære optageområde arbejdet med at forbedre kvaliteten i sektorovergangen for de fælles rehabiliteringsforløb for borgere med apopleksi.

Et sammenhængende forløb for borgerne er vigtigt, fordi de borgere, der skal fortsætte deres rehabilitering i kommunerne efter endt behandling på hospitalet, ofte har funktionsnedsættelser. Borgere med apopleksi kan således eksempelvis have udfordringer med bevægelighed, tale og risiko for at fejlsynke mad og drikke.

Evalueringen undersøger erfaringerne på baggrund af projektet og de oplevede resultater. Evalueringens undersøgelsesspørgsmål er:

- Hvad ønskede projektet at afprøve?
- Hvilke erfaringer og resultater er opnået i projektet?
- Hvilke barrierer og fremmere for det tværsektorielle samarbejde kan identificeres?

Evalueringen er baseret på interview med involverede ledere og medarbejdere fra hospitalet og de ni kommuner suppleret med projektinterne dokumenter.

Har afprøvet måder at skabe bedre sammenhæng på

For at styrke den tværgående sammenhæng i hele forløbet for borgere med apopleksi er der blandt andet igangsat følgende afprøvninger:

- Optimering af indhold i fysisk kuvert, der følger borgeren
- Anvendelse af fælles måleredskaber
- Model for tværsektorielle udskrivelsesaftaler
- Fælles kompetenceudvikling (kurser og workshops)
- Tværsektoriel projektarbejdsgruppe.

Oplevelsen blandt de interviewede på tværs af sektorer er, at projektet har forbedret samarbejdet. De oplever, at afprøvningerne 1) har skabt klarere rammer og aftaler i samarbejdet mellem hospital og de ni kommuner, 2) har øget fælles sprog, forståelse og ensartethed i sektorovergangene og 3) har været med til at fremme patientsikkerheden ved blandt andet at adressere dysfagi (fejlsynkning).

Nogle af afprøvningerne har dog været sværere at afprøve end andre, hvilket fremgår af de beskrevne udfordringer for den enkelte afprøvning.

Optimering af indhold i fysisk kuvert, der følger borgeren

Den fysiske kuvert, der følger med borgeren fra hospital til kommune, anses som en positiv kilde til kontinuitet, når den anvendes. De spise- og drikkevejledninger og lejrings-/forflytningsplaner, den nu indeholder, er en lavpraktisk måde at skabe overblik og sammenhæng på. Indholdet er taget direkte med fra patientens sengeomgivelser på hospitalet og kan nu tilsvarende

hænges op ved eksempelvis den kommunale plejeplads. Det skaber ifølge de interviewede tryghed og genkendelighed for borgerne og deres pårørende. Foruden at det øger patientsikkerheden gennem mindsning af risiko for fejlsynkning, giver det et overblik over, hvordan borgerne bedst støttes i at træne deres bevægelighed.

Udfordringen med kuverten er ifølge de interviewede, at:

1. det ikke er alle, der kender til kuverten på de kommunale døgnpladser
2. det er ikke altid, kuverten følger med
3. der kan på grund af lavt flow gå lang tid, mellem kommunerne modtager en borger med en kuvert
4. det kommunale plejepersonale er ikke altid fagligt klædt på til eller trygge ved selvstændigt at anvende indholdet af kuverten (borgerne modtages ofte, efter at terapeuterne er gået hjem)
5. det kan skabe forvirring og utryghed, når indholdet i kuverten ikke svarer til indholdet i den elektroniske kommunikation.

Anvendelse af fælles måleredskaber

Afprøvningen med fælles måleredskaber og at tage udgangspunkt i hospitalets tests, når borgerne overtages af kommunen, opleves at være meningsfuld, fordi det skaber ensartethed, fælles sprog og modvirker dobbeltarbejde og forsinkelser i borgernes rehabilitering. I tråd hermed har nogle kommuner besluttet, at de ikke vil gentage de tests, hospitalet lige har lavet.

Andre kommuner vælger bevidst at starte forfra. Udfordringen er ifølge de interviewede, at "vi gør, hvad vi plejer at gøre", at borgerne ofte har en ændret funktionsevne, når de ankommer til kommunen, og en faglig uenighed om, hvilke tests man som terapeut er uddannet til at gennemføre, samt hvilke tests der er mest relevante.

Tværasektorielle udskrivelsessamtaler

Afprøvningen af tværasektorielle udskrivelsessamtaler har ifølge de interviewede været særligt udfordret. De primære faktorer, som de interviewede nævner, er

1. en for kort periode, samtalerne blev afprøvet inden for
2. arbejdspressen og udskiftning af medarbejdere
3. et for lavt flow af borgere til de tre kommuner, samtalerne skulle afprøves med
4. tidspunktet for samtaler – hospitalet afholder ofte først samtalerne om eftermiddagen, hvor kommunernes visitatorer og hjerneskadekoordinatorer som regel ikke kan
5. det har ikke været muligt at gøre samtalen mindre lægestyret.

Hertil kommer, at der er store forskelle på, hvordan samarbejdet omkring udskrivelser foregår relateret til de forskellige kommuner. Nogle kommer ofte på hospitalet. Andre gør ikke. Nogle ønsker samtaler i god tid, før borgeren udskrives. Andre ønsker først samtaler, når borgeren er klar til udskrivelse. De interviewede giver udtryk for et stort behov for at arbejde videre med at optimere samtalerne.

Fælles kompetenceudvikling (kurser og workshops)

Afprøvningen af fælles kompetenceudvikling (kurser og workshops) anses af de interviewede for at være positiv, blandt andet fordi de har givet en anledning til at mødes tværasektorielt. Oplevelsen er, at det har skabt en større forståelse for hinandens arbejdsvilkår og har givet

nogle aha-oplevelser i forhold til forskelle i, hvad man mener. Dem, der har deltaget i workshops om dysfagi, har fx fået et mere fælles sprog om konsistensen af mad og drikke til de apopleksiramte. Som konsekvens har flere af kommunerne ændret deres indkøbsaftaler, så de nu anvender det samme fortykningsmiddel som hospitalet. At have samme fortykningsmiddel fremmer ifølge de interviewede patientsikkerheden, fordi det mindsker muligheden for misforståelser. Dertil har nogle kommuner overført systematikken til andre borgergrupper med dysfagi, så der nu også er ensartethed internt på kommunernes døgnplads.

Og på lejrings- og forflytningsområdet har der også været mulighed for at tale om, hvordan det skulle oversættes til praksis. Oplevelsen er, at det har forbedret samarbejdskulturen på tværs af sektorer, idet der er en oplevelse af øget kollegaskab og en nedbrydelse af skellet mellem dem og os. Den gennemgående pointe er, at koordinerings- og samarbejdsudfordringerne som sådan ikke er løst, men bare det at få en forståelse for hinandens hverdag forbedrer samarbejdsrelationen.

De udfordringer, der peges på i forhold til fælles kompetenceudvikling, er plejepersonalets kompetenceniveau og stor medarbejderudskiftning i kommunerne. Det er herudover en overvejelse at niveauinde dele kompetenceudviklingen fremadrettet. Særligt de hospitalsansatte, men også nogle af de kommunalt ansatte, har en oplevelse af, at niveauet har været for lavt i kompetenceudviklingen.

Fremmere og barrierer for samarbejdet

Evalueringen har identificeret en række fremmere for projektets gennemførelse og for det tværsektorielle samarbejde. Interviewpersonerne peger på projektlederne som en fremmer, idet disse har været flere medarbejders primære kilde til information om projektet, og de har særlig i det daglige arbejde på hospitalet kunnet understøtte afprøvningsne.

Særligt de interviewede ledere oplever, at medarbejdernes engagement for at forbedre indsatsen og derved også lykkes med de enkelte afprøvningsne har været en fremmer. De kommunale ledere oplever dertil, at ildsjæle på døgnpladserne i høj grad er med til at løfte indsatsen over for borgeren.

Den direkte medarbejderinvolvering, i forbindelse med at medarbejderne på tværs af hospital og kommuner sammen har været inddraget i udarbejdelsen af aftaler og materiale – og fx har siddet sammen og leget med og diskuteret konsistensen af kost – har ifølge de interviewede bidraget til en større grad af ejerskab. Det har også medført, at dysfagi igennem projektperioden er blevet et emne, der har fået større opmærksomhed.

Evalueringen identificerer ligeledes nogle udfordringer for projektets gennemførelse, som omhandler dets organisering og rammer såvel som dets omgivelser i form af strukturelle barrierer.

Projektrelaterede barrierer

Projektet har haft den udfordring, at der har været manglende kendskab og uklarhed om rolle i afprøvningsne både blandt ledere og medarbejderne. I mange af kommunerne er der ikke udpeget nøglepersoner eller lokale implementeringsgrupper til at sikre nedsivning til frontlinjen. Selvom der har været ledelsesrepræsentanter med i styregruppen – og senere i den tværsektorielle arbejdsgruppe bestående af mellemledere – har det således været en udfordring at skabe en implementeringskæde, der gik hele vejen ned i alle ni kommuner. Også på hospitalet har projektets gennemførelse været præget af udskiftninger blandt ledere og medarbejdere

samt usikkerhed om, hvem der har hvilket ansvar i forhold til at sikre afprøvning af indsatsområder. En forstærkende udfordring har her været lav volumen kommunalt i de fælles forløb og en kort afprøvningsperiode.

Strukturelle barrierer: Variationer i tilbud og økonomihensyn

Hvad angår strukturelle barrierer, viser projektet og evalueringen, at de tværsektorielle forløb for borgere med apopleksi er præget af diversitet i rehabiliteringstilbud. Det udfordrer blandt andet samarbejdet, ved at hospitalsansatte ikke har tillid til kvaliteten af kommunernes tilbud. Variationerne i kommunernes tilbud italesættes også af de interviewede fra kommunerne som en udfordring. Ikke mindst, fordi de har en oplevelse af, at de ikke altid kan levere den faglighed, de gerne ville. Det gælder fx, når borgeren modtages uden for almindelig dagarbejdstid, hvor flere kommuner ikke har så mange kompetencer til stede. Det gælder også i forhold til, hvilket niveau og intensitet, hvormed rehabilitering kan tilbydes, idet der er variationer kommunerne imellem i forhold til neurofaglige kompetencer både blandt terapeuter og plejepersonale, og hvor meget træning ved fysio- og ergoterapeuter, de kan tilbyde deres borgere.

Udfordringen forstærkes af stor medarbejderudskiftning. Det udfordrer det tværsektorielle samarbejde, hvor de interviewede oplever, at der ikke er de relevante faglige ressourcer til stede, og at forskellige rationaler jævnligt står i modstrid med hinanden. Det drejer sig om hensyn til faglig vurdering af behov på den ene side og økonomi på den anden. Jo tættere de interviewede sidder på frontlinjen, jo mere frustrerede er de således over de krydspres mellem faglighed og økonomi og arbejdsbetingelser, som de hele tiden oplever at stå i.

Frustrationen går omvendt også på det, hospitalet leverer. De korte indlæggelsestider og de dermed meget svækkede borgere opleves som en udfordring for den faglige kvalitet.

Anbefalinger

Med udgangspunkt i rapportens konklusioner og heraf afledte diskussioner har VIVE følgende anbefalinger til det fremadrettede samarbejde om borgere med apopleksi.

Behov for at fastholde det, der er opnået

Projektet står ved sin afslutning, og det er oplagt at bygge videre på de erfaringer, deltagerne har gjort sig. Det anbefales derfor, at der på tværs af sektorerne aftales, hvordan projektparterne fremadrettet skal prioritere indsatsen på apopleksiområdet.

Behov for at gå i drift

Der har været afprøvet måder at søge at forbedre sammenhængen på. Det anbefales, at der nu skabes et forpligtende samarbejde om at gå i drift – fx på implementering af kuverten som en måde at sikre patientsikkerheden og øge kvaliteten på. I tråd hermed anbefales det, at det udbredes at anvende samme type af fortykningsmiddel.

Behov for at styrke ledelsesinvolveringen

Der har i projektet været udfordringer med ledelsesopbakning og styregruppens sammensætning. For at kunne gå i drift med afprøvningsanbefalingerne anbefales det, at man sikrer aktiv og bred ledelsesinvolvering på alle niveauer med forankring i alle ni kommuner og hospitalet. Samtidig er det nødvendigt med en tydelig og synlig ledelse, som understøtter og sikrer implementeringen samt har ansvar for kommunikation herom.

Behov for erfaringsudveksling og vidensdeling

Der er i projektet skabt gode erfaringer med at mødes og opdage, at man forstår forskellige ting ved de samme retningslinjer, fx for dysfagi og forflytning. I lyset af den store medarbejderudskiftning vil der være et løbende behov for at understøtte denne samstemthed. Det anbefales derfor, at der indføres erfa-grupper eller workshops, hvor der sættes fokus på at fremme faglighed og samstemthed inden for fx dysfagi og forflytning/lejring. En lignende gruppe kan overvejes inden for brugen af måleredskaber og tests med henblik på at fremme koordination på dette område.

Behov for at mindske variationen

Der er i dag en stor variation i, hvad borgerne tilbydes af samlede forløb på tværs af sektorer i forbindelse med apopleksi. Det stiller borgerne forskelligt alt efter, i hvilken kommune de har bopæl. Samtidig vanskeliggør det samarbejdet på tværs af sektorer. Det anbefales derfor, at der arbejdes for at nedbringe variation.

Behov for samarbejde på tværs af kommunegrænser

Kommunernes befolkningsgrundlag og økonomiske rammer medfører, at der for en del kommuner ikke er den fornødne volumen i apopleksiforløbene til at etablere kommunale tilbud på tilstrækkelig neurofagligt niveau. Dette udgør en væsentlig barriere for at kunne leve op til nationale og faglige anbefalinger. Det anbefales derfor, at kommunerne udforsker muligheder for at udbygge det tværkommunale samarbejde for på den måde at skabe større og mere fagligt bæredygtige miljøer inden for det neurofaglige arbejde.

1 Indledning

I kapitel 1 indledes rapporten ved at beskrive baggrunden for og formålet med modelafprøvningsprojektet "Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi" (herefter projektet) samt evalueringens formål og udførelse.

1.1 Baggrund

Projektet tager sit udgangspunkt i den regionale sundhedsaftales vision om at udvikle og afprøve nye samarbejdsformer og det nationale fokus på behovet for at styrke det tværsektorielle arbejde med rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. På baggrund heraf er Herlev og Gentofte Hospital gået sammen med de ni kommuner i Planområde Midt for at afprøve måder at forbedre samarbejdet om de tværgående forløb.

1.1.1 Udgangspunkt i sundhedsaftalen

Projektet er ét af fem modelafprøvningsprojekter, som er igangsat med afsæt i Region Hovedstaden og kommunernes sundhedsaftale (2015-2018). Her er visionen at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer. I sundhedsaftalen står: "Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordinering og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov. I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi" (Sundhedskoordinationsudvalget, 2015).

1.1.2 Nationalt fokus på rehabilitering af erhvervet hjerneskade

Baggrunden for projektet er et stigende fokus gennem de seneste år på behovet for at styrke det tværsektorielle arbejde med rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. Neurologiske sygdomme som apopleksi er nemlig ifølge Sundhedsstyrelsen den største årsag til erhvervet hjerneskade hos voksne (SST, 2011b). Følgervirkningerne af hjerneskade er ofte omfattende og af både "bevægelsesmæssig, mental, sansemæssig og sproglig karakter" (SST, 2011a). Det medfører, at både personen med hjerneskade og dennes pårørende ofte befinder sig i en meget sårbar situation (SST, 2011a). Den akutte behandling af erhvervet hjerneskade har i en årrække været i fokus, hvormed borgere hyppigere overlever svære hjerneskader med komplekse følger og udskrives med behov for intensiv pleje og genoptræning. Det stiller både krav til det kommunale sundhedsvæsen, herunder de neurofaglige kompetencer i kommunerne, og til det tværsektorielle samarbejde, da der fortsat kan være behov for opfølgning og behandling i regionalt regi. Det kræver "rammer, koordinering og kontinuitet i rehabiliteringsforløbet" (SST, 2011a).

Sundhedsstyrelsen har blandt andet udarbejdet en medicinsk teknologivurdering for hjerneskaderehabilitering, et nationalt forløbsprogram for erhvervet hjerneskade samt en faglig visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2011b; 2011a; 2014). På baggrund af Rigsrevisionens beretning om indsatsen over for borgere med hjerneskade (Rigsrevisionen, 2016) foretog Sundhedsstyrelsen et servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade (SST, 2017). Sundhedsstyrelsen konkluderede her, at man ville revidere den faglige visitationsretningslinje, særligt med fokus på at præcisere anbefalinger vedrørende krav til genoptræning på avanceret

niveau og rehabilitering på specialiseret niveau (SST, 2017). Det anbefales, at kommunerne arbejder intensivt på at implementere og efterleve genoptræning på avanceret niveau og de tilknyttede krav hertil i forhold til kompetencer, volumen mv. (SST, 2017). Servicetjekket beskriver, at man gensidigt mangler viden om, hvad der sker i den anden sektor, og at samarbejdet er præget af mistillid og mangel på forståelse for hinandens virkelighed. Det konkluderes også, at kommunernes visitation til genoptræning på henholdsvis basalt og avanceret niveau er uensartet på tværs af kommuner i forhold til den procentvise fordeling. I den forbindelse anbefaler Sundhedsstyrelsen, at regioner og kommuner sammen iværksætter initiativer, der skal understøtte det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade (SST, 2017).

Som følge heraf er der nedsat nationale puljeprojekter med henblik på at øge kvaliteten af indsatserne samt forskellige initiativer med fokus på det tværsektorielle samarbejde. I Region Hovedstaden har man eksempelvis nedsat et tværsektorielt samarbejdsforum, der skal dele viden til gensidig læring og drøfte udfordringer på tværs af sektorer.

1.2 Et tværgående forløb i fire faser

Mange borgere med apopleksi har behov for rehabilitering og pleje både under indlæggelse og efter udskrivelse. Hjerneskaderehabilitering er på grund af de mange mulige følgevirkninger en kompleks opgave, som kræver mange aktører på tværs af hospitaler og kommuner (og almen praksis).

Faser i patient-/borgerforløbene

Neurorehabilitering på sundhedsområdet kan deles op i fire faser (SST, 2011a). Fase I er den præhospitale indsats, udredning og akutbehandling af borgeren. Denne foregår i den regionale sektor ved ambulancelæge/akutlæge/hospital. Fase II er rehabilitering af borgeren under indlæggelse på hospitalet. Mellem fase II og III udskrives borgeren, hvilket som oftest er organiseret som en udskrivelsessamtale mellem hospital og kommune, og borgerens genoptræningsplan udarbejdes. Fase III er rehabiliteringen af borgeren efter udskrivelse, og denne foregår i kommunalt regi, medmindre borgerens genoptræningsplan henviser til specialiseret genoptræning på hospital (SST, 2011a; 2014). Flere fagprofessionelle kan indgå i forløbet alt afhængig af borgerens funktionsnedsættelse og behov for hjælp, såsom hjerneskadekoordinator, visitator, sygeplejerske, læge, fysioterapeut, ergoterapeut, talepædagog og neuropsykolog. Fase IV er afslutning og opfølgning på rehabiliteringsindsatsen, herunder vedvarende støttende eller kompenserende tilbud (SST, 2011a).

I projektet er der zoomet ind på samarbejdet i overgangen mellem fase II og III. Samarbejdet her påvirkes af (forventningen til) kvaliteten af indsatserne i fase I og III, herunder gensidig inddragelse og kommunikation forud for og efter udskrivelse fra hospital.

Niveauer i patient-/borgerforløbene

Rehabilitering på hjerneskadeområdet er inddelt i tre niveauer: basal, avanceret og specialiseret. Basalt niveau kræver generelle kompetencer og neurofaglig viden fra grunduddannelse eller kurser og varetages inden for kommunens sædvanlige rammer. På avanceret niveau varetages indsatsen af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde og i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade, dvs. grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau (SST, 2014). Et avanceret rehabiliteringsforløb varetages ligeledes af kommunen eventuelt i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område og/eller de specialiserede hjerneskadetilbud. Rehabilitering på specialiseret

niveau kræver yderligere kompetencer og kan eksempelvis varetages af specialiserede hjerneskadetilbud (SST, 2011a). På niveauerne "genoptræning på avanceret niveau" og "rehabilitering på specialiseret niveau" forventes det, at sundhedspersonalet primært arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade og løbende indgår i kompetenceudvikling samt har opdateret viden og kendskab til ny evidens på området. For alle niveauerne gælder, at indsatsen kan ydes i dagtilbud, døgntilbud eller med udgangspunkt i borgerens eget hjem, herunder ambulante på sygehus (SST, 2014). Genoptræning på specialiseret niveau foregår, som nævnt, på hospitalet. Rehabiliteringen i kommunalt regi bør ifølge Sundhedsstyrelsen desuden tilrettelægges med henblik på at sikre "tilstrækkelig volumen for at opretholde erfaring og kompetence samt hensigtsmæssig ressourceudnyttelse" (SST, 2011a).

1.2.1 Den lokale samarbejdsflade

På Herlev og Gentofte Hospital er patientforløbene kendetegnet ved at være korte forløb med en gennemsnitlig indlæggelseslængde på 6,5 dage (Region Hovedstaden & KKR, 2017).

I 2018 blev 945 borgere indlagt med en apopleksidiagnose på apopleksiafsnittet på Herlev Hospital.¹ 829 af de indlæggelser fordelte sig på Planområde Midt og blev udskrevet med behov for videre kommunal indsats på basal eller avanceret niveau.² I projektet har man fokuseret på de apopleksiborgere, der udskrives med en almen genoptræningsplan, som kommunen efterfølgende vurderer til basal eller avanceret niveau. Tabel 1.1 viser fordelingen af de 829 udskrivelser med en genoptræningsplan til kommunerne i Planområde Midt samt antal og fordeling af borgere, hvis apopleksiforløb fortsætter på de midlertidige kommunale døgnpladser i 2018.

Tabel 1.1 Fordeling af genoptræningsplaner og ophold på døgnpladser for borgere med apopleksi i Planområde Midt i 2018

Kommune	Antal genoptræningsplaner i alt	Antal borgere på kommunal døgnplads
Ballerup	97	27
Egedal	83	21
Furesø	96	51
Gentofte	98	24
Gladsaxe	115	57
Herlev	65	22
Lyngby	100	48
Rudersdal	99	39
Rødovre	76	33

Anm.: Opgørelsen er behæftet med en vis usikkerhed, idet datatrækket er foretaget håndholdt.

Kilde: Data tilsendt af projektledelsen.

Det fremgår af tabel 1.1, at der er forskelle i, hvor mange apopleksiramte borgere med en genoptræningsplan der er i de ni kommuner. Samt ligeledes hvor stor en andel af borgerne der også har ophold på en kommunal døgnplads.

¹ Kilde: Tal fra Landspatientregistret tilsendt af projektledelsen.

² Der er udskrevet 13 borgere til Planområde Midt med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

1.3 Formålet med projektet

Formålet med projektet er at skabe bedre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer for borgere ramt af apopleksi for at sikre borgeren de bedste forudsætninger for at generhverve højest mulige funktionsniveau. Det skal ske ved at afprøve indsatser, der udvikler det tværsektorielle samarbejde og derigennem forbedrer det samlede rehabiliteringsforløb for borgere med apopleksi. Målgruppen i projektet er både erhvervsaktive og ikke-erhvervsaktive borgere, der er indlagt med apopleksi på Herlev og Gentofte Hospitals afdeling N108, og som udskrives til en kommunal døgnplads (Region Hovedstaden & KKR, 2017).

Visionen er at etablere en ambitiøs tværsektoriel samarbejdsmodel, der skaber sammenhængende rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne, der bygger på individuelle mål for den enkelte borger. Projektet har fokus på at udbygge og udvikle det organisatoriske samarbejde mellem hospitalerne og kommunerne ved at styrke og understøtte overgangen mellem sektorerne. Ønsket er, at borgeren oplever et sammenhængende tilbud. Det skal ske ved at sikre løbende tværsektoriel dialog om borgeren med erhvervet hjerneskades mål for rehabilitering og dermed behov for indsatser før udskrivelse, ved ambulante opfølgning samt ved nye behov opstået i rehabiliteringsforløbet efter udskrivelse. Med afsæt i indsatser på borgerniveau udvikles der fælles tværsektoriel ledelsesinformation, så det bliver tydeligt, hvilke indsatser der skal leveres i de forskellige sektorer. I projektet lægges kimen til tværsektoriel ledelse, idet der arbejdes med fælles tværsektorielle kvalitetsdata, og projektet er forankret i Samordningsudvalget i Planområde Midt (Region Hovedstaden & KKR, 2017).

Oprindeligt er der opstillet følgende succeskriterier for projektet (Region Hovedstaden & KKR, 2017):

- At der udvikles en tværsektoriel samarbejdsmodel, der styrker og understøtter overgangen mellem sektorerne, så koordineringen af indsatserne på tværs af sektorer sker rettidigt
- At borgeren oplever et sammenhængende rehabiliteringsforløb, hvor tilbud gives rettidigt
- At borgeren og pårørende oplever at blive inddraget i fastsættelse af mål for det tværsektorielle rehabiliteringsforløb
- At SCA anvendes som tværsektorielt kommunikationsredskab til borgere med afasi
- At der udvikles fælles ledelsesinformation med afsæt i mål for rehabiliteringsindsatserne
- At samarbejde og videndeling mellem sektorerne gennem hele rehabiliteringsforløbet er beskrevet og kendt af medarbejdere involveret i det tværsektorielle rehabiliteringsforløb
- At der etableres ensartede snitflader mellem hospitalet og de ni kommuner i Planområde Midt
- At der skabes enighed på tværs af kommunerne og hospital om snitflader og opgaveløsning i forhold til rehabilitering efter apopleksi
- At medarbejdere på tværs af sektorer oplever at være gensidigt orienteret om hver enkelt borger (og at det ikke er nødvendig at efterspørge information hos hinanden)
- At der er afprøvet mindst én metode til tværsektoriel kompetenceudvikling indeholdende fx kurser eller medarbejderrotation mellem region og kommuner.

Efterfølgende er målene med projektet formuleret som følgende³:

³ Kilde: Interne målhierarkier tilsendt af projektledelsen.

- At udvikle det tværsektorielle samarbejde på tværs af hospital og kommuner, herunder udvikle og beskrive rammer for samarbejdet og udvikle udvalgte tværsektorielle indsatsområder, der bygger på metoder for og viden om organisatorisk og individuel brugerinddragelse. Projektet har særlig fokus på sammenhæng ved sektorovergang og på overlevering af viden på tværs af sektorer
- At højne den neurofaglige kvalitet med fokus på organisatoriske rammer og metoder for tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling på tværs
- At udarbejde model for bæredygtig tværsektoriel neurofaglig organisation efter endt projekt med særlig fokus på sammenhæng og kvalitet i indsatser.

Projektets mål og succeskriterier danner ramme for evalueringens formål og undersøgelses-spørgsmål, om end – som det vil fremgå af kapitel 2 – at det ikke er alle formål, der indgår i denne evaluering.

1.4 Evalueringens formål

Denne rapport vil afdække erfaringerne og resultaterne med udvalgte indsatser samt projektets organisering og rammer (se Bilag 1 for overblik over projektets samlede indsatser). Evalueringen tager udgangspunkt i de involverede ledere og medarbejders oplevelser. Borgerens perspektiv er ikke en del af undersøgelsen, da projektets ledelse afdækker dette i en selvstændig opsamling.

Formålet med VIVEs evaluering af projektet er at undersøge:

- Hvad ønskede projektet at afprøve?
- Hvilke erfaringer og resultater er opnået i projektet?
- Hvilke barrierer og fremmere for det tværsektorielle samarbejde kan identificeres?

Hensigten er, at evalueringen danner videns- og erfaringsgrundlag for Herlev og Gentofte Hospital og Planområde Midts videre arbejde med at levere sammenhængende rehabiliteringsforløb.

1.5 Metode

Evalueringen er en kvalitativ analyse baseret på relevant skriftligt materiale tilsendt af projektets ledelse og interview med udvalgte medarbejdere og ledere, der har været en del af projektet. Formålet med interviewundersøgelsen er at få en detaljeret forståelse for de udførendes parters anvendelse af og erfaringer med afprøvningsne. Det skal skabe praksisnær og operationel viden om de fremadrettede muligheder for at anvende projektets erfaringer.

Undersøgelsen er afgrænset til ikke at omfatte kvantitative data. Det ville dog være relevant at supplere de kvalitative data med mere kvantitative indikationer på konsekvenserne af projektet, fx ved at foretage en før- og eftermåling af antallet af genindlæggelser.⁴

Undersøgelsen blev indledt med et opstartsmøde med deltagelse af rapportens forfattere og projektets ledelse med det formål at gennemgå projektets processer og konkrete udmøntning

⁴ Borgere, der udskrives fra apopleksiafsnittet og genindlægges grundet fx fejlsynkning, vil typisk blive indlagt på medicinsk afdeling eller akutafdelingen, hvorfor hospitalet ikke systematisk opgør genindlæggelser.

samt at få tilsendt skriftligt materiale til evalueringen. Der har desuden været løbende drøftelser med projektlederne.

1.5.1 Skriftligt materiale

Det skriftlige materiale er tre scripts udarbejdet af projektets projektledere. De tre scripts er interne dokumenter, som bruges i projektet og i forskningsarbejde på Aalborg Universitet (som beskæftiger sig med alle fem modelprojekter i Region H). Udgangspunktet er et ønske om at fokusere på kvaliteten i samarbejdet, og hvordan indsatser i projektet således kan bidrage til at øge kvaliteten. Formålet med hver script er at give et statusbillede af det tværsektorielle samarbejde med konkrete eksempler. De beskriver særlige udfordringer for det tværsektorielle samarbejde, som er afdækket i henholdsvis den første del af projektperioden (maj 2018), midtvejs (december 2018) og mod slutningen (forår 2019). De tre scripts er udarbejdet ud fra projektledernes observationer i klinisk praksis, dialogmøder og aktiviteter og inddrager neurofaglige medarbejdere, ledere, visitatorer og hjerneskadekoordinatorer samt borgere og pårørende. De tre scripts anvendes i rapporten primært som baggrundsinformation og supplerende i analysen med henblik på uddybende at beskrive årsagerne til de oplevede resultater.

1.5.2 Interviewundersøgelse

Interviewene er gennemført som gruppeinterview med i alt 36 medarbejdere og ledere, som har indgået i projektet på forskellige måder. Interviewpersonerne er udpeget af projektlederne for at sikre, at de har deltaget aktivt i projektets afprøvninger og dermed kan udtale sig herom. To interviewpersoner fra hospitalet deltog i flere af interviewene, da 1) de var involveret i flere af afprøvningerne, og 2) den ene ud over at sidde i sin egen funktion også sad i en fungerende funktion⁵. Første interview var med projektets styregruppe. Det interview anvendes dels til at indsamle erfaringer og perspektiver på projektets organisering og ledelse, dels til at kvalificere afsættet for de efterfølgende interview med ledere og medarbejdere i frontlinjen.

Figur 1.1 Skema over antal interview og interviewpersoner fordelt på funktion og faggruppe

INTERVIEW/ANTAL	ANTAL DELTAGERE	FAGGRUPPER	
1 Styregruppe	5 (4) ledere		
2 Projektarbejdsgruppe	8 ledere		
1 Samtaler forud for udskrivelse	1 leder 5 medarbejdere	2 visitatorer 1 hjerneskade- koordinator	1 ergoterapeut 1 SOSU-assistent 1 sygeplejerske
3 Modelafprøvning, workshop og kurser	17 medarbejdere	7 ergoterapeuter 4 SOSU- assistenter	1 sygeplejerske 5 fysioterapeuter

Kilde: VIVE.

⁵ Den regionale formand i styregruppen gik af i løbet af projektperioden, hvorefter afdelingssygeplejersken som konstitueret ledende oversygeplejerske tiltrådte.

Til hver interviewtype er der udviklet og anvendt en semistruktureret interviewguide. Hver af de fire interviewguides følger overordnet de samme temaer, som angivet nedenfor, men er tilpasset ud fra typen af interviewet.

- Roller og organisation
- Oplevede resultater og udfordringer i projektet
- Samarbejde før og efter projekt
 - Respekt, tillid til faglighed og kendskab til tilbud
 - Udfordringer
- Ledelse og nøglefunktioner
 - Videndeling
- Forslag til forbedringer.

Interviewene er gennemført af to af rapportens forfattere og er optaget elektronisk. Der blev taget referat undervejs samt efter en gennemlytning af hvert enkelt interview. Udskriverne er efterfølgende tematiseret med udgangspunkt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål. I præsentationen af interviewundersøgelsen bruges citater med det formål at illustrere en bestemt pointe i analysen. Citaterne er angivet anonymt for at sikre interviewpersonerne mulighed for at udtale sig frit. Der bliver blot skelnet mellem, om interviewpersonen arbejder på hospitalet eller i kommunen og er medarbejder eller leder.

Validitet, fordeling af interviewpersoner og analysestrategi

I og med at ni kommuner og kun én hospitalsafdeling har deltaget i projektet, har der ved de fleste interview været en fordeling med flest medarbejdere og ledere fra kommuner til stede under interviewene. I analysen er der taget højde for dette ved ikke "kvantitativt" at vægte kommuners over hospitalets udsagn.

Hvad angår afbud til interviewene, var dette lidt højere blandt plejepersonalet (45 % meldte afbud) end blandt fysio- og ergoterapeuter (13 % meldte afbud). Det betyder, at plejepersonale kun i mindre omfang er repræsenteret i interviewene. Projektledelsens og de øvrige interviewpersoners vurdering var, at det spejler det forhold, at plejepersonalet i kommunerne generelt i mindre omfang har været en aktiv del af projektet. Det betyder også, at der kan være en overvægt af terapeuters holdninger, som kan afspejle sig i analysen.

Såvel ledere som medarbejdere oplever at spille en større eller mindre rolle i forhold til projektet, og flere interviewpersoner udtrykker uklarhed omkring projektet og tvivl om egen rolle i det. Interviewpersonernes udsagn afspejler deres involvering i og position i forhold til projektet. Kendskabet blandt medarbejdere, der ikke har været direkte involveret, må forventes at være lavere, da interviewpersonerne giver udtryk for mangel på videndeling til frontlinjen. Det har derudover under interviewene været et mål at sikre, at udsagn omhandlede apopleksiborgere og ikke borgere fra andre neurologiske sengeafsnit eller andre hospitalsafdelinger.

Det sidste interview afdækkede ikke nye problemstillinger, hvilket indikerer datamæthed. Dog ligger nogle af afprøvningerne og de tilknyttede aktiviteter et år tilbage, hvorfor oplevelserne hermed ikke var så præsentable for interviewpersonerne.

1.6 Læsevejledning

Kapitel 2 præsenterer projektet. Der gives med afsæt i skriftligt materiale fra projektet en beskrivelse af projektets organisering samt forløb og indhold.

Kapitel 3 afdækker erfaringerne med projektets afprøvninger. Afprøvningerne har hver sit afsnit, som præsenterer de kommunale og hospitalsansattes perspektiver på oplevede resultater og udfordringer.

Kapitel 4 belyser centrale barrierer for at skabe projektsresultater og øge sammenhængen i forløbene inden for apopleksi i Planområde Midt.

Kapitel 5 konkluderer på de oplevede erfaringer og resultater med projektets afprøvninger og de afdækkede barrierer herfor. På baggrund af de foregående kapitler diskuteres dernæst opmærksomhedspunkter for det fremadrettede samarbejde og de forslag, evalueringen har afdækket. Kapitlet afsluttes med anbefalinger for Samordningsudvalget Planområde Midts fremadrettede arbejde med at udvikle det tværsektorielle samarbejde.

2 Om modelafprøvningsprojektet

I dette kapitel beskrives projektets organisering, konklusionerne fra en indledende afdækning af samarbejdsfladen i Planområde Midt, samt hvilke konkrete indsatser der på basis heraf er afprøvet i løbet af projektperioden. Afprøvningserne var altså ikke defineret ved projektets start, men undervejs i projektperioden. Afprøvningserne har nemlig haft til formål at adressere de udfordringer, afdækningen viste, således man satte ind med en indsats der, hvor det giver mening i praksis. Kapitlet svarer på undersøgelsesspørgsmål 1: Hvad ønskede man at afprøve med projektet?

2.1 Projektorganisering

Projektet ledes overordnet af en styregruppe, der består af:

- Ledende oversygeplejerske på Neurologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Ledende terapeut på Herlev og Gentofte Hospital
- Sundhedschef udpeget af 9K
- Leder tæt på praksis udpeget af 9K
- Projektledere (en kommunal og en regional projektleder).

Styregruppen har det overordnede ansvar for projektet og agerer som beslutningsorgan i projektregi. Projektets tovholdere er en kommunal og regional projektleder⁶, som har haft en tovholderfunktion i forhold til at understøtte fremdriften i projektet og har også haft en udførende funktion i form af fx at udvikle skriftligt materiale til projektet.

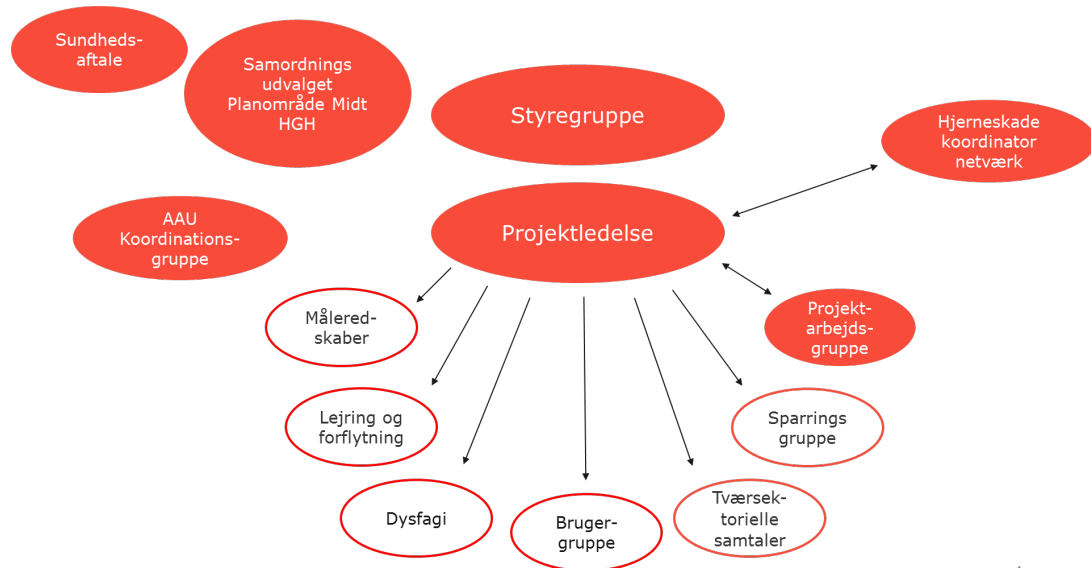
Oprindeligt var der også tilknyttet en sparringsgruppe til styregruppen, men denne blev udfaset i sommeren 2018 til fordel for mindre ad hoc arbejdsgrupper med mere fagligt funderede deltagere. Ad hoc gruppernes opgave har været at udvikle indsatsområder til afprøvning i form af materiale til forflytning og lejring, samtaler forud for udskrivelse, dysfagi og ernæring samt måleredskaber. Ad hoc grupperne består af praksispersonale sammensat på tværs af sektorer, som på workshops og møder har udviklet materiale og fx besluttet, hvilke måleredskaber der skal afprøves. Det betyder, at al materiale er udarbejdet tværsektorielt og af de medarbejdere, som skal anvende det i frontlinjen.

Ligeledes valgte man undervejs i projektet at etablere en projektarbejdsgruppe. Projektarbejdsgruppen er jævnfør tabel 2.1 senere i kapitlet i sig selv defineret som en afprøvning. Projektarbejdsgruppen består af mellemledere i kommunerne og på hospitalet. Gruppens opgave er at bidrage som sparringsgruppe til projektledelsen, inspirere og pege på nye tværsektorielle udviklingsmuligheder samt sikre fremdrift i afprøvninger og sikre forankring i egen praksis.

Projektets organisering fremgår af figur 2.1.

⁶ På grund af skift af projektleder var der fra 1. april 2019 én fuldtidsansat og én deltidsansat projektleder.

Figur 2.1 Overblik over projektorganisering og øvrige kontekst

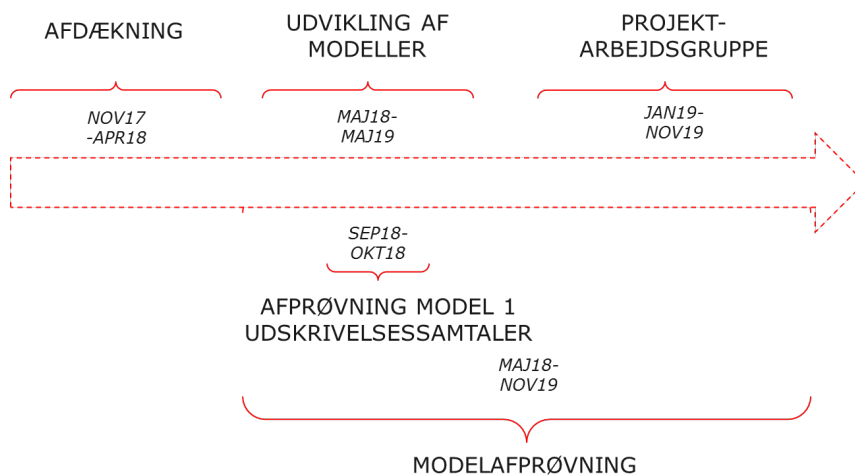


Kilde: Internt materiale tilsendt af projektledelsen.

2.2 Forløb og status på afprøvninger

Projektet kan inddeles i tre perioder. Den første del af projektperioden bestod af en afdækning med fokus på oplevelser af udfordringer og forbedringspotentiale i det tværsæktorielle samarbejde om rehabilitering af apopleksiborgere. Den anden del af projektperioden var udviklingen af modeller og den tredje afprøvning af modeller, som bestod af flere samtidige afprøvninger. Figur 2.2 giver en oversigt over projektets forløb.

Figur 2.2 Oversigt over projektets forløb



Kilde: VIVE med udgangspunkt i materiale tilsendt af projektledelsen.

Som det fremgår af figur 2.2, gik den første del af projektperioden med at foretage afdækningen. Det har, som det senere vil fremgå, medført mindre tid til selve udviklingen og afprøvningen af indsatser. I de følgende afsnit beskrives, hvad afdækningen konkluderede.

2.2.1 Afdækning: Samarbejde ved projektstart

Ved projektstart blev der gennemført en afdækning af det eksisterende samarbejde. Afdækningen er det første ud af de tre scripts, projektlederne har udarbejdet. Afdækningen bestod af møder med omkring 100 medarbejdere og ledere på hospitalet og i de ni kommuner i Planområdet Midt (døgnpads med genoptræning, hjerneskadekoordinator-netværk og visitation) samt interview med omkring 40 borgere og pårørende på både hospital, genoptræningscentre og i eget hjem. Projektlederne har også observeret og fulgt borgerforløb fra indlæggelse på apleksiafsnittet (N108) til opstart i kommunalt regi. Opsummerende peger afdækningen blandt andet på følgende problemområder på tværs af sektorerne:

- Manglende tillid til faglighed og forståelse for hinandens hverdag og opgaver
- Manglende kendskab til tilbud på tværs af sektorer
- Manglende oplevelse af at være en del af et fælles sundhedsvæsen
- Manglende systematik i planlægning og udførelse af udskrivelsessamtaler
- Manglende sammenhæng i borgerforløb
- Manglende kvalitet af skriftlig kommunikation som plejeforløbsplaner, udskrivelsesrapporter og genoptræningsplaner.

Gennemgående konklusioner og pointer fra afdækningen (som fremgår af scriptet) er opsummeret nedenfor.

Manglende forståelse og tillid

Ifølge afdækningen mangler sektorerne viden og forståelse om hinandens hverdag, arbejdsgange og udfordringer. Der er ikke tillid til hinandens fagligheder, idet der ofte tales dårligt om den anden sektors opgaveløsning, som fx "De tænker ikke på det hele menneske" eller "De har ikke de neurofaglige kompetencer til at løse opgaven". Overordnet set angiver afdækningen, at der ikke er en oplevelse af at være en del af et fælles sundhedsvæsen eller en følelse af at være hinandens kolleger. Manglende tillid på tværs skaber et u hensigtsmæssigt vi/de-forhold og fastholdelse af silo-inddelt opgaveløsning, konkluderer afdækningen.

Kommunerne starter forfra

Af afdækningen fremgår det også, at den skriftlige kommunikation ifølge medarbejderne ikke fungerer hensigtsmæssigt. Kommunerne har ikke tillid til, at plejeforløbsplanen og udskrivelsesrapporten er opdateret. Informationerne i genoptræningsplanen og plejeforløbsplanen stemmer sjældent overens, og de kommunale medarbejdere oplever uoverensstemmelse mellem billedet af borgeren i det skriftlige materiale og den borger, de modtager. Det giver ifølge afdækningen kommunerne en oplevelse af at starte forfra i stedet for at tage udgangspunkt i hospitalets arbejde og gør det nødvendigt at kontakte hospitalet for opdaterede oplysninger, førend de kan iværksætte den rette indsats.

Mangel på neurofaglige kompetencer

Omvendt pointerer afdækningen, at hospitalet oplever, at de bliver kontaktet unødigt af sygeplejefagligt personale i kommunerne, der mangler viden om konsistens af kost, hjælpemidler og lignende. Hospitalsansatte har generelt manglende tillid til, at de neurofaglige kompetencer er til stede i kommunerne, og at kommunen kan løfte rehabiliteringsopgaven. Ifølge afdækningen har flere kommuner ikke døgndækning på døgnpadsene med sygeplejefagligt personale med efteruddannelse inden for neurorehabilitering og hjerneskadeområdet som primære arbejdsområde.

Manglen på kompetencer og forskelle i vidensniveau har ifølge afdækningen som konsekvens en uensartet indsats og øget risiko for genindlæggelser, og det udfordrer samarbejdet i form af uoverensstemmelser og mistillid.

Variationer i træningsintensitet

Afdækningen konkluderer også, at flere kommuner ikke lever op til de nationale anbefalinger omkring intensitet af genoptræning. I den forbindelse pointerer afdækningen, at oplevelsen fra hospitalets side er, at kommunerne tilrettelægger indsatsen ud fra serviceniveau og ikke ud fra hospitalets anbefalinger til rehabiliteringsindsatsen. Personalet på apopleksiafsnittet bekymrer sig om intensitet af genoptræning af deres borgere efter udskrivelse til kommunalt regi. Intensitet af den kommunale døgngenoptræningsindsats varierer i kommunerne fra daglig træning og mulighed for genoptræning i weekend til 2-3 gange genoptræning ugentlig uden træning i weekenden.

9 kommuner – 9 rehabiliteringsindsatser

Afdækningen konkluderer, at der er uensartethed i kvaliteten af den kommunale neurorehabiliteringsindsats, hvilket blandt andet skyldes kommunernes forskellige prioriteringer, organisering og kompetencer. Nationale anbefalinger underlægges det politiske systems prioriteringer i den enkelte kommune, fremgår det af scriptet.

En projektintern gennemgang⁷ viser i den sammenhæng, at en tredjedel af kommunerne har et neuroteam af terapeuter på midlertidige døgnpladser. Knap halvdelen har neurologiske borgere som apopleksiborgere liggende på afdelinger sammen med andre diagnosegrupper. Kun i to kommuner er der en afdeling med senge primært målrettet neurologiske borgere. I to tredjedele af kommunerne varetager plejepersonalet samtlige diagnosegrupper.

Manglende systematik omkring udskrivelsessamtaler

Hvis hospitalet over for borger og pårørende har italesat udskrivelse til midlertidig døgnplads uden at have clearet dette med kommunen, bliver borgere og pårørende ifølge afdækningen utrygge, når planen laves om. Desuden påpeger afdækningen, at brug af ord/termer omkring kommunal indsats har betydning for samarbejdet mellem borger, pårørende og kommune. Kommunen har en oplevelse af, at der loves for meget og andet, end kommunen faktisk leverer, og så kommer samarbejdet svært fra start efter udskrivelse.

2.2.2 Afprøvninger med udgangspunkt i afdækningen

Med afsæt i afdækningen blev det blandt andet besluttet at igangsætte fem konkrete afprøvninger (se Bilag 1 for overblik over projektets samlede indsatser). Tabel 2.1 giver et overblik over de fem afprøvninger, evalueringen omhandler.

⁷ Kilde: Dokument udarbejdet og tilsendt af projektledelsen.

Tabel 2.1 Oversigt over de evaluerede afprøvninger, indhold og formål

Afprøvning	Indhold	Formål
Overlevering af skriftligt materiale i kuvert	Når borgeren udskrives fra hospitalet, følger en hvid kuvert med indeholdende kopi af genoptræningsplan, udskrivelsesrapport, medicinlister m.m. Kuvertens indhold er blevet optimeret i projektperioden med letforståeligt materiale i form af spise- og drikkevejledning, lejrings- og forflytningsplaner og label på forsiden med anvisning af målgruppe for materialet (personale/borger). Materialet er udviklet på workshops og af projektlederne.	Formålet med den optimerede kuvert er at sikre kvalificeret og ensartet håndtering samt mulighed for at overtage hospitalets indsatser allerede ved modtagelse i kommunen.
Tværasektorielle udskrivessamtaler	Kommunal repræsentant (visitor/hjerneskadekoordinator) deltager i tværasektoriel udskrivessamtale med læge, plejepersonale, terapeuter, pårørende og borger. I model 1, som er afprøvning i småskala, er der udarbejdet skabeloner for samtalen samt arbejdet med struktur med hensyn til indkaldelse af kommunen samt afstemning af rammer, formål og roller. Evalueringen tager udgangspunkt i de interviewedes oplevelser af samarbejdet på evalueringstidspunktet. Det vil sige, at der ikke skelnes mellem modelafprøvning 1 og den model 2, som ifølge projektlederne er omsat til drift.	Formålet er at koordinere overgangen mellem sektorer og sikre, at borger/pårørende har den fornødne viden til at føle sig trygge i overgangen.
Anvendelse af fælles måleredskaber	Udvalgte måleredskaber anvendes fælles og i den enkelte sektor og i forhold til faggruppe. Der er udarbejdet tværasektorielle retningslinjer for følgende måleredskaber, som anbefales anvendt tværasektorielt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) ▪ Motor Assessment Scale (MAS) ▪ 30s Rejse/sætte sig test (RSS) ▪ Timed "Up & Go" (TUG) 	Formålet er at undgå, at vigtige oplysninger ikke går tabt i overgangen, hvor beskrivelse og monitorering af funktionsevne er særligt vigtigt.
Tværasektoriel kompetenceudvikling (og anvendelse af fælles materiale)	Tværasektoriel kompetenceudvikling ⁸ i form af kurser og workshops inden for: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagi og ernæring, herunder anvendelse af GUSS ▪ Måleredskaber ▪ Udvikling af neurofaglig klinisk praksis samt forståelse af det samlede neurorehabiliteringsforløb ▪ Forflytning og lejrning ▪ Udvikling af kompetenceprofiler på faggrupperne. Selve kurset i dysfagi og ernæring er ikke en del af projektet, men har kørt sideløbende, hvorfor der ikke skelnes mellem de to i interviewene og derfor heller ikke i denne rapport. Dysfagikurset blev afholdt af to af kommunerne i Planområde Midt, og formålet var at løfte det kommunale niveau, førend man iværksatte noget på tværs. I forbindelse med workshops er der udarbejdet materiale i form af spise- og drikkevejledning og lejrings- og forflytningsplaner til kuverten samt tværasektorielle retningslinjer for samarbejdet på det enkelte indsatsområde.	Formålet er at afprøve og evaluere rammer samt metoder for tværasektoriel kompetenceudvikling. For medarbejderen er målet at opnå øget viden- og praksisfærdigheder. Formålet med fælles materiale er at mindske forskelle i tilgang ved sektorovergang.
Tværasektoriel projektarbejdsgruppe	Projektarbejdsgruppen blev nedsat ca. et år inde i projektet og består af mellemlidende fra alle ni kommuner og hospitalet, som repræsenterer egne organisationer med beslutningskompetence og tæt relation til klinisk praksis (terapeuter og plejepersonale).	Gruppens opgaver er at understøtte afprøvninger og kompetenceudvikling, sparring til projektledelsen og udvikle model for samarbejdet fremadrettet. Samtidig er projektarbejdsgruppen en afprøvning i sig selv som en model for tværasektoriel ledelse for at få erfaringer med struktur og rammer for tværasektorielt samarbejde på området.

Kilde: VIVE med udgangspunkt i materiale tilsendt af projektledelsen.

⁸ Man ønskede også at afprøve forskellige modeller for tværasektoriel kompetenceudvikling, hvorfor aktiviteterne er afholdt af hhv. eksterne og interne undervisere. Den del evaluerer projektet i en selvstændig afdækning.

De fire første afprøvninger i tabellen gennemgås i kapitel 3. Den femte – oprettelsen af en projektarbejdsgruppe – indgår som led i behandlingen af projektorganiseringen i kapitel 4.

2.3 Nedskalering af oprindelige ambitioner

Oprindeligt var ambitionen med projektet at udvikle og levere modeller for samarbejdet som anvisninger og ikke afprøvninger. Man ville også etablere et tværsektorielt ledelsesteam, der skulle drive forløb og sikre overgangene. Intentionen var altså, at projektet skulle afprøve en ny model for tværgående ledelse af apopleksiforløbene (Region Hovedstaden & KKR, 2017). Ambitionsniveauet blev dog nedskaleret fra den oprindelig vision, fordi det var for svært at opnå enighed om en sådan model. I stedet har projektet arbejdet med at sikre mere tværgående sammenhæng – på forsøgsbasis. Det blev af kommunal økonomiske årsager også besluttet ikke at gennemføre kurser i og anvende SCA (Supported Conversation for Adults with Aphasia) som tværsektorielt kommunikationsredskab samt ikke at udvikle fælles ledelsesinformation. Desuden har man afgrænset målgruppen til at være de borgere, der udskrives til døgnplads i kommunen og eget hjem (dog har hjemmeplejen ikke været involveret).

3 Erfaringer og resultater med afprøvningerne

Dette kapitel ser nærmere på de fire konkrete afprøvninger, som evalueringen omhandler, og hvilke resultater, interviewpersonerne oplever, de har ført til. Kapitlet besvarer undersøgelses-spørgsmål 2: Hvilke erfaringer og resultater er opnået i projektet?

3.1 Kuverten, der følger borgeren

Et element i det sammenhængende forløb er en glidende overgang fra hospital til kommune. For at sikre, at kommunerne ikke starter forfra, men derimod arbejder videre fra hospitalets indsats, har man optimeret indholdet af den kuvert, der følger borgeren fra udskrivelse på hospital til døgnplads i kommunen. Kuverten anvendes i det følgende som en samlet betegnelse for det reviderede indhold. Kuverten skal være med til at skabe overensstemmelse mellem indsatsen på hospitalet og i kommunen. Håbet har været, at nogle af de genindlæggelser, der sker på grund af fejlsynkning, kunne forebygges ved at styrke patientsikkerheden i overgangen. Det indhold i kuverten, man særligt har udviklet i projektet, er derfor spise- og drikkevejledning, lejrings- og forflytningsplaner samt en tjekliste på forsiden.⁹

Spise- og drikkevejledning giver medarbejderne et bedre udgangspunkt for at håndtere borgere med dysfagi, idet farvekoderne rød, gul, grøn angiver, om borgeren har dysfagi og i hvilken sværhedsgrad samt en vejledning af, hvilke typer af kost og drikkevarer, det er sikkert for borgeren at indtage. Det kan fx være nødvendigt at tilsætte et fortykningsmiddel til det, borgeren skal indtage. Lejrings- og forflytningsmaterialet er billeder, der illustrerer, hvordan borgeren skal lejres og forflyttes. Det skal sikre, at borgerens videre genoptræning styrkes gennem viden om, hvordan borgeren bedst understøttes ved behov for bevægelse og for at flytte sig fra A til B.

Overleveringen foregår på den måde, at plejepersonalet på hospitalet tager materialet ned fra patienttavlen og kommer det i kuverten. Når borgeren er kommet på døgnplads, skal den ansvarlige medarbejder hænge billederne af dysfagi og lejrings/forflytning op og viderefordre resterende materiale til borger/pårørende og andet personale.

Udviklingen af indholdet i kuverten er sket på workshops, som bliver gennemgået senere i kapitlet. Her har medarbejderne fået viden om indsatsområderne og i tværsektorielt fællesskab bidraget til at udvikle materialet. Spise- og drikkevejledning er blevet afprøvet siden marts 2019, mens lejrings- og forflytningsplaner først er blevet afprøvet fra omkring maj måned 2019.

3.1.1 Oplevede resultater

Kuverten bliver italesat som en gevinst i projektet. De oplevede resultater er: øget patientsikkerhed og ensartethed, fælles sprog på tværs af sektorer og øget tryghed for borger/pårørende.

Det er dog en gennemgående pointe på tværs af interview, at der er stor variation i de oplevede resultater, og i hvor høj grad materialet opleves som afprøvet og implementeret i daglig praksis. I nogle kommuner er arbejdsgangene omkring kuverten helt etableret. Der er i projektperioden blevet informeret om kuverten og aftalt, at den person, som modtager borgeren, sørger for at

⁹ Materialerne har tidligere været anvendt på hospitalet og i nogle af kommunerne, men i projektet er det eksisterende materiale videreudviklet og anvendelsen formaliseret.

fordele materialet og hænge billederne op. Omvendt er der i nogle kommuner medarbejdere, som slet ikke har hørt om kuverten.

Øget patientsikkerhed og ensartet behandling

Kuverten fungerer ifølge de interviewede optimalt set som baseline for den indsats, kommunen skal igangsætte. Særligt for plejepersonale, der oftest ser borgeren først. Kuverten er særligt vigtig, når der ikke er overensstemmelse mellem informationerne i genoptræningsplanen og plejeforløbsplanen, hvilket der ifølge interviewpersonerne sjældent er. Det kan skabe forvirring for plejepersonalet, men ifølge de interviewede hospitalsansatte er det informationerne i kuverten, der er gældende, fordi det er det, der senest har hængt inde ved borgeren. Derfor er den fysiske overlevering af papirer mere sikker end den elektroniske kommunikation, fordi den ifølge de interviewede hospitalsansatte ikke altid bliver opdateret inden udskrivelsen.

De interviewede forklarer resultaterne med, at materialet er let at forstå og brugbart. Kuverten er med til at løfte kvaliteten særligt hos de borgere, der ikke ser en terapeut, lige når de ankommer i kommunen, fx en fredag eftermiddag, fordi plejepersonalet så ved, hvad de skal gøre.

Den måde, overleveringen sker på, mener jeg, er et kvalitetsløft. Der er en større sikkerhed for, at de rette informationer kommer med patienten ud i borgersituationen på en rehabiliteringsplads. Det synes jeg er et betydeligt kvalitetsløft. Og så også det der med, at vi faktisk er lykkedes med at få skabt en eller anden form for ensartethed i behandlingsregimet både til lejrning og dysfagi. (Leder, kommune)

Den er næsten teksten for hørehæmmede. Vi ved, fagligheden ikke er super meget i top om aftenen, når patienten ankommer. Nogle gange er det banaliteter, men det gør en kæmpe forskel. (Leder, kommune)

Projektet har skabt fokus på en borgergruppe, hvor der er høj risiko for genindlæggelser. En interviewperson bemærker, at alle på hospitalet forstår og ved, hvor vigtig opmærksomhed på dysfagi er, men at arbejdet ligger i at brede den viden ud i kommunerne.

Derudover er kuverten med til at sætte fokus og struktur på overleveringerne. Kuverten bliver således italesat som et element, der løfter kvaliteten af forløbet gennem gode overleveringer og ensartethed. Som eksempel på værdi oplever hospitalsansatte, at kommuner nu ringer ind – også til den alment neurologiske sengeafdeling på hospitalet (som ikke er en del af projektet) – og efterspørger spise- og drikkevejledning og forflytningsplaner.

Fælles sprog

Da afprøvningen af lejrings- og forflytningsplaner kun har kørt i nogle måneder, er der særligt her et sparsomt erfaringsgrundlag blandt de interviewede. Der er dog stor tilfredshed med materialet og opbakning til at fortsætte indsatsen. Medarbejderne fandt på workshops ud af, at de ikke forstod det samme ved begreber som fx lav, halvhøj og høj forflytning. Det besværliggør en god rehabilitering og glidende overlevering, hvis man ikke bruger de samme begreber.

Det er en gevinst. Det er sådan, man kan binde noget sammen imellem sektorer. At være sikker på, man taler om det samme, når man taler om en forflytning. (Leder, hospital)

Forflytningsplanerne imødekommer udfordringen og arbejdet med at udvikle dem og har medvirket til at skabe et fælles sprog.

Sammenhæng skaber tryghed for borger/pårørende

De interviewede vurderer, at kuverten betyder, at de bedre kan kommunikere til borgeren "det har du prøvet før, se, jeg hænger billedet her, kan du huske det?". Den kommunikation giver bedre grundlag for, at borgere oplever sammenhæng. Derudover er de fysisk ophængte billeder med til at give ro og tryghed for pårørende, som kan se, hvordan borgeren skal håndteres. Kuverten er således ikke blot et middel til bedre kommunikation mellem hospital og kommune, men også mellem kommunale medarbejdere og borger/pårørende. På den baggrund er erfaringerne, at kuverten skaber øget sammenhæng i borgerforløbet, når den anvendes.

3.1.2 Udfordringerne

På trods af de positive resultater iagttagelse interviewpersonerne flere udfordringer med afprøvningen af kuverten: lavt patientflow, manglende kendskab og stillingtagen, kompetenceniveau og mangel på terapeuter uden for almindelig dagarbejdstid.

Lavt patientflow

En udfordring, som går på tværs af interview, er volumen i patientflow, særligt i mindre kommuner. Der kan gå lang tid, mellem de modtager en apopleksiborger – og at borgeren har en kuvert med. Nogle kommuner har ikke modtaget en apopleksiborger i den periode, lejrings- og forflytningsmaterialet har været inkluderet i afprøvningen. Medarbejderne oplever heller ikke at kunne fokusere på en særlig indsats for borgere med apopleksi på en afdeling, hvor de skal tage sig af mange andre borgere også.

Når vi har så mange forskellige borgerforløb og forskellige afdelinger, er det svært at skelne, nu får vi en fra neurologisk afdeling, så kan vi regne med, det her er med. Nu får vi en fra en anden afdeling. Altså, der kommer en borger ind ad døren fra Herlev Hospital. Det bliver meget over én kam. (Medarbejder, kommune)

Det lave flow betyder, medarbejderne skal sætte sig ind i afprøvningen løbende, når der indimellem kommer en apopleksiborger. Det har gjort det svært at fastholde momentum i afprøvningen og at holde overblik i en travl hverdag.

Manglende kendskab og stillingtagen

En anden udfordring er manglende kendskab og stillingtagen til kuverten. Der er blandt interviewpersonerne tvivl om, hvorvidt alle medarbejdere på hospital og i kommunerne har kendskab til kuverten og deres rolle i arbejdsgangen omkring den. En kommune oplever fx, at det kun er omkring 20 % af deres apopleksiborgere, som har fået kuverten med ud på døgnplads.

De interviewede vurderer ligeledes, at en stor del af plejepersonalet i kommunerne ikke kender til formålet med kuverten eller helt undlader at forholde sig til den, hvis de ser en. Det gælder især for de medarbejdere, der ikke har deltaget direkte i projektet gennem fx kompetenceudvikling. Som eksempel påpeger en kommunal interviewperson, at hun som tovholder i kommunen ikke har oplevet, at hendes kolleger har snakket med hende om kuverten eller undret sig over den. Hun har heller ikke selv set materialet hos sine borgere endnu. Ligeså giver en anden interviewperson udtryk for eget manglende kendskab til kuverten og usikkerhed om, hvorvidt afprøvningen er i gang.

Da jeg fik at vide, jeg skulle til evaluering af det her, kiggede mig og min afdelingsleder på hinanden og sagde: "Er det startet op? Har du set nogle sedler?" (Medarbejder, kommune)

Der er altså ifølge de interviewede en række forbundne udfordringer relateret til afprøvningen af kuverten: manglende kendskab kombineret med manglende stillingtagen, der tyder på manglende videndeling, samt en volumen, der giver få anledninger til at møde kuverten.

Plejens kompetenceniveau og mangel på terapeuter uden for almindelig dagarbejdstid

Det kommunale plejepersonales kompetenceniveau udgør ifølge de interviewede en central udfordring for afprøvningen og for at øge kvaliteten af borgerens forløb – særligt kombineret med, at terapeuter ofte ikke er til stede på de tidspunkter, borgere modtages. På trods af at et formål med kuverten er at skabe en glidende overgang, oplever interviewpersonerne, at de stadig starter forfra i kommunerne. Det bliver beskrevet som en kultur på døgnpladser, at plejepersonalet venter med at igangsætte en indsats, til de har fået terapeuternes vurderinger.

Det er en gammel arbejdsgang, som bare hænger ved. De har svært ved at tage stilling til noget selv: "Arh, men det må blive, når terapeuterne kommer". Men det står lige her. Det er vurderet af en terapeut. Det skal implementeres bedre hos os. De er vant til noget andet, og de har svært ved at tage ansvar for at stole på det, der kommer. (Medarbejder, kommune)

Det er dog ifølge de interviewede ikke hensigtsmæssigt at afvente terapeuternes vurdering, fordi de mange steder ikke arbejder aften, weekend og helligdage, hvor oplevelsen er, at borgerne ofte modtages.

Når ergoterapeuten ikke op og screene, og vi ikke har noget fra hospitalet. Jamen, så går vi en weekend i møde med en borger, som har noget dysfagi og i hvilket omfang? Så er det faktisk plejepersonalet, der er nødt til at stikke en finger i jorden og sige: "Hvor er vi henne med det?" og starte fra den tykke ende af og så gå ned af. Så kommer ergo'en ind mandag morgen og går i gang med at screene. Så er vi et helt andet sted, og så kan borgeren ikke forstå, at de hele weekenden har kunnet det. [...] Det gør dem utrygge. (Medarbejder, kommune)

Konsekvensen af ikke at følge spise- og drikkevejledningen er ifølge de interviewede utrygge borgere, risiko for fejlsynkning, lungebetændelse og øget risiko for genindlæggelser. Det udfordrer dermed borgerens sikkerhed og kvaliteten af borgerens rehabiliteringsindsats. Også manglende anvendelse af planerne for lejring og forflytning har ifølge de interviewede konsekvenser. Ved ikke at følge planerne er konsekvensen ifølge de interviewede, at borgeren ikke genvinder mest mulig funktionsevne samt at det arbejde, der tidligere har været gennemført i forløbet, kan blive tabt.

Frustrerede medarbejdere

Kompetenceniveauet blandt plejepersonale falder ifølge de interviewede yderligere på plejecentre, som borgerne nogle gange forflyttes til efter døgnplads. Oplevelsen er, at borgeren hurtigt mister sin funktionsevne, når plejepersonalet på plejecentrene ikke har arbejdsteknikken til at foretage forflytninger og i stedet anvender hjælpemidler.

Vi overflyttede en hårdt ramt apopleksiborger til en plejebolig i den her uge, og han har været igennem et specialiseret rehabiliteringsforløb. Han er måske ikke nået så langt, som han kunne, men han kan faktisk lave en forflytning selv og har ståfunktion. Så kommer han over på plejebolig, og så siger hans kontaktperson: "Jeg kan da ikke lave forflytning, for jeg har dårlig ryg". Så vi sidder i dilemma i at sige, nå, så taber han jo den funktion i løbet af en 7-14 dage. Fordi det er det, der er vilkåret,

når de kommer videre. Hvad er det, de kommer ud til, fordi plejen på plejecentrene får at vide, de skal skåne sig selv mest muligt, så derfor skal de bruge så mange forflytningshjælpemidler som muligt. Jeg kan godt forstå, at mine terapeuter sad med tårer i øjnene og sagde: "Så har jeg jo spildt mit arbejde". Ja. (Leder, kommune)

Det skaber stor frustration hos medarbejderne på døgnpladserne.

Det sygeplejefaglig personale på rehab sidder også med tårer i øjnene. Fordi de oplever også, de kan sende borgere ud, der er fuldkommen selvhjulpne i forflytninger, og så ser vi måske borgeren, fordi vi tilfældigvis er ude at aflevere en ny borger, så sidder de med et liftsejl, hvor man tænker: "Hvad helvede er der sket her?" (Leder, kommune)

En anden problematik i relation til plejecentre er, at de fortsat anvender et andet fortykningsmiddel ved dysfagi problematikker. Det er altså kun i en del af borgerens forløb, der er skabt mere ensartethed og sammenhæng.

3.2 Brug af fælles måleredskaber

Den indledende afdækning viste, at ergoterapeuterne anvendte 37 forskellige redskaber, fysioterapeuterne 23 og plejepersonalet 7 på tværs af hospital og kommuner. Formålet med fælles måleredskaber er at sikre, at kommunerne arbejder videre ud fra hospitalets tests og målinger. Kommunerne skal stole på, at hospitalets arbejde er i orden, og at de kan arbejde ud fra det, selvom de gerne vil lave deres egen vurdering. Det er væsentligt for:

1. ikke at foretage dobbeltarbejde og derved spilde ressourcer på at gentage målinger
2. ikke forsinke rehabiliteringen ved unødvendigt at vente på nye tests
3. at borgeren ikke oplever at starte forfra i kommunen.

Der har været nedsat en ad hoc gruppe til at drøfte og beslutte, hvilke måleredskaber der skal anvendes på tværs og på hvilket tidspunkt i borgerens forløb (fx i forhold til mobilitet, dysfagi og balance). Derudover er der også blevet undervist i anvendelsen af de enkelte tests, som fremgår af tabel 3.1:

Tabel 3.1 Oversigt over fælles måleredskaber

Redskab	Anvendelse
AMPS: The Assessment of Motor and Process Skills	Måleredskab, som undersøger og evaluerer borgerens motoriske og procesmæssige færdigheder i udvalgte aktiviteter, og hvor scoren giver et udtryk for, hvordan borgeren klarer sig i forhold til alderssvarende.
TUG: Timed "Up & Go"	Måleredskab, der undersøger basismobilitet og måler den tid, det tager en person at rejse sig fra en stol med armlæn, gå tre meter, vende, gå tilbage til stolen og sætte sig igen.
RSS: 30 sekunders rejse/sætte sig	Måleredskab, der undersøger, hvor mange gange borgeren kan rejse og sætte sig på 30 sekunder som udtryk for borgerens styrke i underkølemembrer.
MAS: Motor Assessment Scale	Måleredskab, der er udviklet til at vurdere funktionsniveau hos patienter med apopleksi og indeholder 8 delområder, der hver registrerer områder af motorisk funktion.
GUSS: Gugging Swallowing Screen	Screeningsredskab for dysfagi bestående af henholdsvis en indirekte synketest og en direkte synketest. På baggrund af de to synketest vurderes grad af dysfagi, herunder modificering af kost og væske samt behov for vurdering ved ergoterapeut.

Kilde: VIVE med udgangspunkt i materiale tilsendt af projektledelsen.

Selvom GUSS egentlig er en del af afprøvningen med kompetenceudvikling, italesætter interviewpersonerne det i forbindelse med fælles måleredskaber, hvorfor oplevelserne med redskabet indgår i dette afsnit.

3.2.1 Oplevede resultater

Afprøvningen af fælles tests på tværs af sektorer møder overordnet stor opbakning blandt interviewpersonerne. Der er dog uklarhed omkring aftalerne for de enkelte tests. De interviewede udtrykker, at der ikke helt er skabt sammenhæng mellem hospital og kommuner, men at de er på vej.

Ensartethed i behandling og mindre dobbeltarbejde

Interviewpersonerne oplever, at det – som i forhold til dysfagi – er muligt at kommunikere sammenhængen med borgeren, når man anvender de samme begreber. De interviewede vurderer det som en stor gevinst at fortsætte med at anvende fælles redskaber, fordi alle ved, hvad det eksempelvis betyder, hvis der står 2 eller 3 i en måling. Derudover kan medarbejderen se og forholde sig til, hvilke tests hospitalet har foretaget.

Når jeg sidder med en GOP [genoptræningsplan] foran borgeren, ved jeg, hvad der er foregået, mere end jeg gjorde før. "Du har fået lavet den her undersøgelse, og den viser sådan og sådan". Det giver mere i forhold til det første møde. Borger siger "nå, ved du det". Jeg synes, man kan formidle sammenhængen bedre. (Medarbejder, kommune)

Når det virker, medfører det ifølge de interviewede ledere og medarbejdere, at medarbejderne i kommunerne foretager mindre dobbeltarbejde.

Vi har sagt, det gør man ikke. Ligger der noget, så bruger man det som udgangspunkt, medmindre borgeren har ændret sig. Vi kører ikke slavisk efter det gamle og hiver vores eget op af skuffen. Der er respekt omkring det. (Leder, kommune)

Fælles måleredskaber bidrager på den baggrund til øget sammenhæng i forløbet igennem fælles sprog og respekt for hospitalets arbejde. Det skal gøre, at borgeren i højere grad vil opleve genkendelighed og ensartethed i behandlingen.

3.2.2 Udfordringerne

De mest centrale udfordringer i forbindelse med afprøvningen af fælles måleredskaber er: uklarhed på grund af manglende kendskab til formål, og at kommunerne fortsat starter forfra.

Uklarhed om aftaler og formål

Der hersker en vis uklarhed og usikkerhed blandt de interviewede om, hvilke tests man har indgået aftaler omkring, hvilke der er fælles, og hvilke der skal foretages henholdsvis på hospital og i kommune.

Uklarheden om måleredskaber gør sig eksempelvis gældende for MAS testen, som ellers oplever stor opbakning blandt terapeuterne. Der har været stor udskiftning af terapeuter i de tre kommuner, der var udpeget til at afprøve MAS. Derfor har meget få terapeuter kendskab til testen, eller også er de ikke kalibrerede til at anvende den.

En anden udfordring er, at terapeuterne finder niveauet af testene for højt i forhold til den forfatning, borgerne er i, når de udskrives. Derfor kan de ikke se formålet med at foretage testene.

For dem, der kommer på døgnplads, er det utopi at tro, de kan lave rejse/sætte og TUG test. (Medarbejder, kommune)

I projektet er det hensigten, at kommuner skal lave en opfølgende AMPS test på alle apoplek-siborgere én gang i forløbet efter udskrivelse fra hospital. Det giver ifølge interviewpersonerne ikke mening, og det er en udfordring at gøre noget nyt, bare fordi det er en projektborger.

Det er mystisk at have AMPS test inden for den samme uge eller 14 dage. Det er jo hul i hovedet. (Medarbejder, kommune)

Hvorfor skal jeg bruge ekstra tid på det, for jeg havde valgt at gøre noget andet, hvis det ikke var projekt. (Medarbejder, kommune)

Der bliver efterlyst et formål hermed især for at kunne sælge det til kolleger, som ikke har deltaget direkte i projektet. Konsekvensen er, at kommunerne arbejder med udgangspunkt i hospitalets AMPS test, og det er de fleste tilfredse med. Andre har fortolket afprøvningen så-dan, at de skulle foretage AMPS, når det er relevant, fx ved udskrivelse til eget hjem.

Kommunale interviewpersoner oplever samtidig AMPS som en ressourcemæssig udfordring både i forhold til tid og spørgsmål såsom: *Hvem skal betale for løg?*

Jeg tænker især med AMPS, altså, fordi der er jo opgaver fra det at børste tænder til så at bage en kage. Det tager saftsuseme lang tid at bage en kage, og det er én opgave. Man skal lave to. Så nogle gange, så er man jo ude i 3-4 timer på en dag med en borger. [...] AMPS er et godt redskab, men sindssygt tidskrævende. Og jeg kan godt forstå, man på hospitalet siger, som standard der tager vi vask og påklæd-ning. Slut færdig, det er to opgaver. Når det kører som en rutine, så kan jeg lave min dokumentation på en halv time. Når vi er i kommunen, så skal vi forholde os til, har du bagt kager? Lapper du cykel? Hvor finder jeg lige en cykel, som jeg kan lappe? Hvem skal betale for alt det her? Kan jeg bare lige gå over i Fakta og købe ingredienserne, hvad skal jeg så gøre med de her 20 løg, jeg er endt med? Skal jeg bare smide dem ud, skal jeg tage dem med hjem? (Medarbejder, kommune)

Ergoterapeuterne på hospitalet påpeger, at de tager borgerne med i køkkenet. Og selvom hos-pitalet har et større flow af neurologiske borgere og derfor foretager AMPS tests dagligt, er det selve forskellene i aktiviteter, der er kerneudfordringen. Det kan man ikke gøre hurtigere uagtet erfaring, for borgeren kan ikke gøre det hurtigere, er de kommunalt ansattes pointe.

Det er tit nogle mere avancerede opgaver, siger de, man er nødt til at se dem udføre i kommu-nen for at se udviklingen, fordi de skal vurdere, om de fx kan være i eget hjem. Der er således ikke opnået enighed, systematik eller faste aftaler for, hvilke måleredskaber der bør være gen-nemgående.

GUSS er et andet redskab, som er vedtaget med henblik på, at plejen selv kan foretage scree-ning for dysfagi. Men det formål er ifølge de interviewede ikke kommunikeret ud til alle i front-linjen, der derfor ikke har arbejdet med det.

GUSS halter hos os, vi ved ikke, hvad vi skal gøre med den. Den står beskrevet i projektet, men vi ved ikke, hvad den skal. (Medarbejder, kommune)

Kommuner starter forfra

Mens nogle kommuner arbejder på at ændre deres vaner og undgå at dobbeltteste, så vælger nogle kommuner alligevel at starte forfra, når borgeren kommer på døgnplads. Det skyldes ifølge de interviewede to årsager: Dels at det tager tid at ændre vaner og kultur, dels at kommunerne ønsker at lave deres egne vurderinger.

Det er en kulturændring. Det, at man skal gøre noget andet end det, man har arbejdet med i flere år. Det ændrer sig ikke for sådan en periode her. Men vi har været opmærksomme på det og gjort vores bedste. (Leder, kommune)

Det, der så er i vores verden, er, at det skal man lære i plejen. Plejen råber "vurdering! vurdering!". Men de er vurderet. (Leder, kommune)

At starte forfra handler ifølge de interviewede også om selv at få en fornemmelse for borgerens funktionsevne i de nye omgivelser på det nye tidspunkt.

Det var egentlig ikke meningen, vi skulle teste dem igen, som vi var vant til at gøre, når de bliver testet på hospitalet. Mange af os gør det alligevel, vi kan godt lide at få dem i hænderne og få indblik i, hvad de kan. Ikke fordi vi ikke stoler på det, men der kan være sket meget, til de kommer over til os, og det er ikke alle, der er nået at blive testet. Jeg kan godt selv lide lige at få dem i hænderne og mærke, hvad kan de. (Medarbejder, kommune)

Det er nogle steder besluttet som en arbejdsgang, at kommunen foretager sine egne vurderinger.

Vi gør det ikke mindre, fordi hospitalet siger det. Vi gør det stadig mere. Selvom der kommer et papir i forhold til spise/synke/drikke vejledning er det stadigvæk en beslutning, at alle borgere skal screenes for GUSS før første måltid. (Medarbejder, kommune)

Det er ifølge dette synspunkt ikke lige til at bruge hospitalets vurderinger. Borgeren kan være anderledes på det givne tidspunkt, de ankommer, eller have ændret sig i forhold til de nye omgivelser på døgnpladsen.

3.3 Tværsektorielle udskrivelsessamtaler

For at sikre en glat overgang og optimal videndeling i borgerens forløb har man afprøvet tværsektorielle udskrivelsessamtaler på hospitalet, hvor en kommunal repræsentant som hjerne-skadekoordinator eller visitator deltager.

Et vigtigt formål med udskrivelsessamtalerne er ifølge interviewpersonerne at sikre forventningsafstemning om, hvad der skal ske. Ikke mindst i de mere komplekse forløb. De hospitalsansatte nævner gentagne gange betydningen af, at der er en kommunal repræsentant til stede, som møder borgeren. Både fordi de ikke selv er i stand til at fortælle borgeren, hvilket tilbud der møder dem i kommunen, og også for at forebygge utryghed hos borgeren. For kommunen er deres deltagelse vigtig, fordi udskrivelsessamtalen er en vigtig del af afklaringen og forventningsafstemningen om, hvad der skal ske.

Som led i afprøvningen blev der nedsat en ad hoc gruppe med ansvaret for at udvikle en ny model for udskrivelsessamtalerne. Der er udarbejdet tre skabeloner for samtalen. Ønsket var

at imødekomme strukturelle udfordringer omkring indkaldelse af kommunen ved at aftale, hvor mange dages respit, kommunen skal have. Og derudover at klarlægge selve afholdelsen af samtalen ved at forventningsafstemme formålet, relevante deltagere og deres rolle. Det har også været et mål at forkorte og effektivisere samtalen for at give kommunerne bedre mulighed for at komme på banen. Da de lægelige spørgsmål generelt optager en stor del af samtalen, skulle der afholdes en lægelig samtale med borger/pårørende forud for mødet.

3.3.1 Oplevelsen af opnåede resultater

Det var intentionen, at udvalgte medarbejdere på tværs af hospital og tre kommuner skulle afprøve i alt 10 samtaler, men det lykkedes kun at afholde 3. Afprøvningen forløb på en periode på 2 måneder. Interviewpersonerne forklarer, at de brugte lang tid på forberedelsesfasen i forhold til at udvikle rammerne for samtalen og lave konkrete aftaler for afprøvningen. På grund af det smalle erfaringsgrundlag er der ikke opnået konkrete positive resultater med tværsektorielle udskrivelsessamtaler.

Dog udtrykker de hospitalsansatte gennemgående i interviewene, at et fokus hos dem har været at forbedre den skriftlige kommunikation i blandt andet plejeforløbsplan og genoptræningsplan. Ved at sidde sammen på tværs har de fået kendskab til målgruppen i kommunen, som ikke altid oplever dokumentationen lige anvendelig. For eksempel at visitatoren ikke nødvendigvis er terapeut, og det stiller andre krav til beskrivelserne, end de tidligere har været opmærksom på. Dertil har hospitalet arbejdet på at sikre overensstemmelse mellem plejeforløbsplan og genoptræningsplan. De kommunale interviewpersoner udtrykker, at de oplever et kvalitetsløft i dokumentationen.

En anden udløber er en aftale om, at hospitalet anvender korrespondancemeddelelser til at advisere hjerneskadekoordinatorerne om nye borgere. Ifølge de kommunale interviewpersoner fungerer det rigtig godt. Det sikrer, at kommunen er informeret om borgerens tilstand, inden de kommer til en eventuel samtale. Det har øget kvaliteten i forberedelse og videregivelse af informationer. Således har afprøvningen medført øget opmærksomhed på dokumentation og kommunikation.

3.3.2 Udfordringerne

Hvad angår ambitionen om, at det var overgangen fra hospitalet til kommunen, der skulle fylde i samtalerne, er erfaringen, at dette har været svært at få plads til. Ofte har samtalen med lægen ikke været gennemført før mødet, men finder sted under selve mødet. I og med at borgere og pårørende ofte har mange ting at tale med lægen om, og eventuelt også prøveresultater, der skal gennemgås, så er oplevelsen, 1) at der ikke er tid nok, 2) at der sker for mange ting på mødet i forhold til, hvad borgerne kan forventes at rumme.

De interviewede har en oplevelse af, at arbejdet med at forbedre fælles udskrivelsessamtaler været udfordrende. De forbinder dette med en række forskellige faktorer: for få udvalgte medarbejdere, en for kort projektperiode samt uklare aftaler, koordinering, hurtige udskrivelser, kort respit og potentiel lang transporttid samt begrænsede muligheder i de kommunale kalendere.

Kort afprøvningsperiode, lavt flow og få, der oplevede at deltage

Tværsektorielle udskrivelsessamtaler er en koordineringsopgave, hvor mange aktører skal involveres og kunne deltage på samme tid. Det var aftalt, at en udvalgt gruppe på tværs af tre kommuner skulle deltage, men det viste sig ikke at hænge sammen med de borgere, der blev indlagt i perioden. Introduktionen af udvalgte medarbejdere trak ud over 4 uger, da personalet

på afdelingen var hængt op af sygdom og overbelægning på apopleksiafsnittet, og det var svært at fastholde fokus på afprøvning af modellen.

Selvom udpegede medarbejdere var introduceret til processen omkring udskrivelsessamtaler, så har faktorer som skiftende vagter og medarbejdernes manglende overblik over borgerens samlede rehabiliteringsforløb været en hindring for systematisk at afprøve procedure og skabeloner for model 1 af udskrivelsessamtalerne. En hospitalsansat forklarer, at hun ikke har fået ejerskab til afprøvningen og derfor ikke anvender skabelonen.

For mit eget vedkommende, så tror jeg helt sikkert, det handler om, at det er et kort, jeg har fået præsenteret med 3 forskellige slags samtaler, men jeg har ikke fået et ejerskab i det. Hvis nu jeg var blevet udpeget til at sige: Du har ansvaret for at gennemføre x antal samtaler og få de erfaringer, og så skal du sidde med til interview bagefter. Det drukner i hverdagen. Jeg har ikke fået ejerskab i det, derfor har jeg så heller ikke løftet den. (Medarbejder, hospital)

Uklare aftaler og økonomi

De hospitalsansatte giver udtryk for, at de ikke anvender de skabeloner, der er blevet udviklet i projektet. Derudover er hospitalet stadig i tvivl om, hvornår de skal sende plejeforløbsplaner til kommunen. Man har altså ikke opnået klare aftaler for arbejdsgangene omkring samtalerne, selvom der i projektet er udarbejdet en retningslinje herfor.

Faktisk er oplevelsen også for de kommunale interviewpersoner, at indsatsen omkring samtaler er blevet dårligere i løbet af projektperioden.

Vi sidder tilbage med det, vi gjorde, da vi kom her for 10 år siden. Det er stadig en læge, der styrer det. Alt det vi snakkede om, vi skulle væk fra, fordi vi har med hjerneskadede at gøre, som ikke rummede alt det, vi sad og bombarderede dem med. Min oplevelse er, vi er faldet tilbage i det, vi plejer. Nogle gange er det faktisk endnu værre omkring indkaldelser. (Medarbejder, kommune)

Visitorerne beskriver, at de mere eller mindre tilfældigt kan opdage, at de har en borger på hospitalet. En enkelt er begyndt at kigge på en tavle på apopleksiafsnittet for at se, om der skulle ligge en borger fra hendes kommune, eller konferere med hjerneskadekoordinatoren, om hun har hørt noget. Kommunerne oplever altså at skulle foretage detektivarbejde for at være velorienterede.

I tråd med det oplever kommunalt ansatte også fortsat udfordringer i samarbejdet og i relationen mellem dem og hospitalet.

Vi oplever som kommune, at færdigmeldingsknappen bliver brugt til at sparke os bagi. Også selvom vi ikke mener, vi har behov for at blive sparket. Helt generelt er det sådan, de bliver brugt. Nå, kan jeg ikke få fat i dem pr. telefon, trykker jeg på den røde knap. Så skal de nok være der. (Medarbejder, kommune)

I det hele taget ligger der et element af forhandling og økonomihensyn i mange af de måder, der tales om udskrivelser og tilbud på. Det handler både om timing og færdigmelding af borgere og om mængden af specialiseret rehabiliteringsplaner. I førstnævnte tilfælde kræver det således tillid til, at hospitalerne ikke færdigmelder borgerne for hurtigt af økonomiske årsager. I sidstnævnte ligger der en forhandling mellem hensyn til faglig vurdering og økonomi. Konstruktionen er, at hospitalerne "bestiller" en specialiseret faglig indsats, og at kommunerne skal tilvejebringe og finansiere denne. Da der er tale om en indsats, der fylder økonomisk, så reagerer kommuner,

der i en periode får flere af denne type, derfor så fx ved at stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt borgerne er korrekt fagligt vurderet¹⁰. Og ydermere ved at italesætte det som en udfordring, at hospitalets terapeuter ofte kun har kort tid til at vurdere borgerne qua de korte indlæggelser.

Hurtige udskrivelser og kommuner, der bedst kan deltage om formiddagen

Forløbene på hospitalet går meget stærkt, og det samme gælder derfor også processen omkring udskrivelse. Hospitalet kan ikke forudsige udskrivelserne og indkalde kommunerne i god tid. Omvendt er det et problem for kommunerne at blive indkaldt for sent, og de kommunale repræsentanter oplever, at de ofte kommer i sidste række.

[Indkaldelse] Sendt fra Herlev i lørdags af en sygeplejerske. Den modtager vi først ude i kommunen mandag, og vi ser den først efter frokost, den kommer ikke fra morgenstunden ude hos os af en eller anden grund. Så står der: "Der er planlagt TVP den 10.09 klokken 13.30, og sønnen vil deltage. Kommune og visitator er meget velkommen. Kontakt på det her nummer, hvis det ikke passer." Så ringer jeg ud der efter frokost, hvor vi har modtaget den, og sagde, det var en rigtig skidt dag for os, for vi kan normalt ikke om eftermiddagen, og vi kan ikke om tirsdagen. Der kunne det ikke laves om, for sønnen var indkaldt. Sådan foregår det rigtig tit for os. Jeg tænker, som kommune føler jeg meget, at vi kommer i sidste ende. At vi bliver spurgt til sidst, når det er planlagt. Og hvis vi så ikke kan, så er der ikke noget at gøre ved det, så kommer vi ikke med. (Medarbejder, kommune)

Kommunale repræsentanter kan bedst deltage i udskrivelsessamtaler om formiddagen. Deres rammer for at deltage i samtaler er derfor ikke så fleksible. Kommunerne oplever også, at de bliver adviseret for sent i forløbet og ofte først bliver indkaldt, når borgeren er færdigbehandlet. Omvendt hvis de bliver indkaldt for tidligt, kan de risikere at holde en plads åben til en borger, hvor færdigmeldingen bliver tilbagekaldt. En interviewperson bemærker, at det vil være godt at blive indkaldt allerede en uge inden udskrivelse, for så sikrer man sig, at man når at møde borger og pårørende og fortælle om kommunens tilbud, fremfor at det bliver i hast. Men, bemærker de hospitalsansatte, nogle kommuner vil først indkaldes, når borgeren er klar til at blive udskrevet. Det er ifølge de hospitalsansatte umuligt for hospitalet at ensrette indsatsen, når kommunerne har forskellige behov.

De kommunale repræsentanter har derudover ønsker til, at borgeren bliver udskrevet inden klokken 15, hvor der er mere personale til stede til at modtage borgerne i kommunen.

Vi vil jo rigtig gerne have borgeren ud i dagvagten, for det giver os problemer efter klokken 15. Vi kan sagtens tage dem hjem, men der er så lidt personale både i hjemmeplejen og på vores midlertidige døgnpladser, så der er ikke nogen til at tage imod dem. Med sådan en svækket og skadet neurologisk patient er det rigtig godt, at der er nogen, der kan tage hånd om og tage godt imod dem og få dem installeret, hvis de skal på et ophold. De kommer kl. 20 og kl. 22, de kommer på alle mulige tidspunkter. Og det er rigtig dårligt, for der er ikke noget personale. (Medarbejder, kommune)

¹⁰ I 2018 blev 1,3 % af apopleksiborgere på Herlev og Gentofte Hospital udskrevet til rehabilitering på specialiseret niveau i Planområde Midt. SST estimerer 5-10 %. I 2019 er tallet steget til 4,9 % baseret på en opgørelse pr. 1. september 2019 (Kilde: Tal tilsendt fra projektledelsen).

3.4 Fælles kompetenceudvikling

For at understøtte en mere ensartet tværsektoriel tilgang til rehabiliteringsforløbene og højne det faglige niveau blandt medarbejdere er der i løbet af projektperioden afholdt kompetenceudvikling i form af kurser og workshops inden for:

- Kursus og workshop om Dysfagi og ernæring (internt)
- Workshop om Måleredskaber (internt)
- Kursus i Neurofaglig viden (eksternt og internt)
- Kursus og workshop om Forflytning og lejrning (internt)
- Kursus i Syn og balance (eksternt)
- Udvikling af kompetenceprofiler på faggrupperne.

Kompetenceudviklingen har været tværsektoriel og tværfaglig, idet social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og ergo- og fysioterapeuter fra kommuner og hospitaler har deltaget i aktiviteterne.¹¹ Ved workshops er det dog i overvejende grad terapeuter, der har deltaget (selvom faggrupperne er inviteret ligeligt).

I det følgende anvendes kompetenceudvikling som en samlet betegnelse for de forskellige kurser og workshops. Der bliver således fx ikke skelnet mellem de oplevede erfaringer i forhold til, om kurset har været internt eller eksternt, og der skelnes kun imellem konkrete temaer på kurser/workshops, såfremt det er relevant.

3.4.1 Oplevelsen af opnåede resultater

Kompetenceudviklingsaktiviteterne bliver fremhævet som positive blandt interviewpersonerne på tværs af interviewene og faggrupper. Aktiviteterne har ifølge de interviewede medvirket til øget ensartethed ikke mindst i forhold til anvendelsen af fortykningsmidler ved dysfagi, men har også bidraget til udvikling af fælles sprog og viden samt til at skabe øget forståelse for hinandens arbejdsvilkår.

Opmærksomhed på, om vi forstår det samme?

På workshops om dysfagi fandt medarbejderne ud af, at de forstod forskellige ting ved patient-sikre konsistenser i forhold til den mængde fortykningsmiddel, der skal i væske og mad. At man eksempelvis ikke forstod det samme ved "sirup konsistens". Det skyldes, at man ikke anvender det samme fortykningsmiddelpræparat på hospitalet og i kommunerne. På workshops har medarbejdere leget med konsistensen af væske og diskuteret deres forskellige holdninger til, hvornår det kan siges at løbe igennem en gaffel. Der er indgået et kompromis, hvor hospitalet noterer målene på fortykningsmiddel og væske, og kommunerne så følger de mål.

At putte havregryn i yoghurt og kalde det gratin, så skal alarmklokkerne ringe. (Medarbejder, kommune)

For at vi kan bruge de gule, grønne, røde og snakke om de forskellige konsistenser, er det super vigtigt, at vi har samme sprog. At alle ved, hvad gratinkost er. Det har givet en opmærksomhed på, at der er et arbejde i, at man forstår det samme. Ellers

¹¹ Diætister har også deltaget på workshop om dysfagi og ernæring.

skrider fundamentet. Forstår plejepersonalet det samme som terapeuter? (Medarbejder, kommune)

Den enighed, man er nået frem til, skaber ifølge de interviewede et fælles sprog på tværs af sektorer. Det øger potentielt patientsikkerheden, fordi grundlaget for at give en patientsikker pleje er bedre til stede, når det er nemmere at forstå hospitalets eller terapeuternes anvisninger. Dysfagi er igennem projektperioden blevet et emne, der har fået opmærksomhed i frontlinjen og på højere ledelsesniveau i kommunerne. Det har ifølge de interviewede resulteret i, at flere kommuner har ændret deres indkøbsaftaler, så de nu anvender det samme fortykningsmiddel som hospitalet. At have samme fortykningsmiddel opleves som positivt, gør arbejdet lettere i kommunerne og mindsker risikoen for fejl. Dertil har nogle kommuner overført systematikken til andre borgergrupper med dysfagi, så der nu også er ensartethed internt på kommunernes døgnplads.

Opmærksomhed på forflytning og lejring

Der er undervist i forflytningsteknikker, så forflytningen kan foregå på samme måde på hospital og døgnpladser, og plejepersonale i højere grad kan lave forflytningerne på en måde, der understøtter rehabilitering. Det skaber fælles udgangspunkt for at arbejde med de forflytningsplaner, som sendes ud med kuverten.

Ligesom med dysfagi har forflytning ifølge de interviewede flere steder spredt sig til andre borgergrupper og har givet fokus internt i kommunerne på at højne det faglige niveau.

[Projektet] gav anledning til, at forflytning fik et boost hele vejen rundt. Også brugt i geriatri. Det samme afsæt til at få højnet pleje i forhold til basale forflytninger og i neurologien boostet med billedmateriale, som blev udviklet i forbindelse med workshops. Det er noget, der er kommet alle døgnborgere til gode og ikke kun neurologien at få fokus på basale forflytningsteknikker. Borgerne lander hurtigere på døgnpladserne, fordi vi er bedre til at fortsætte, der hvor hospitalet slap. (Medarbejder, kommune)

Det italesættes både i forbindelse med dysfagi og forflytning som en fremmer for anvendelse og spredning, når viden kan anvendes på tværs af flere borgergrupper.

Opmærksomhed på kompetencer gennem kompetenceprofiler

Hvad angår udarbejdelsen af kompetenceprofiler, kommer de interviewede med enkelte eksempler på, at det har øget opmærksomheden på vigtigheden af kompetencer, og hvilke kompetencer der er nødvendigt for at give den rette indsats. Mange nyuddannede terapeuter har fx ikke neurofaglige kompetencer med fra deres uddannelser.

Kan måske have noget at gøre med stor forskel på kommunens organisering, nogle har samlet borgerne med fast gruppe af terapeuter, du kan kompetenceudvikle, andre har spredt ud. Den enkelte kommune skal forholde sig til, hvordan de vil imødekomme avanceret træning, for det er nemmere, når du samler borgerne, at få opbygget kompetencer. Noget af det, der er kommet i det her projektforsøg, er arbejdet med kompetenceprofiler inden for de enkelte faggrupper – det er vigtigt at arbejde videre med. Det giver gode indspark i forhold til, på hvilket niveau skal man udøve det her, så vi på den måde kan arbejde på tværs. (Leder, kommune)

Samtidig er det en gennemgående oplevelse blandt de interviewede terapeuter, at det kommunale plejepersonale mangler kompetencer til at varetage apopleksiborgere.

En ny forståelse for hinandens arbejdsvilkår

Det bliver set som en værdifuld del af kompetenceudviklingen, at man lærer hinanden at kende på tværs.

Kompetenceudvikling er ikke kun fagfagligt, det er faktisk også det relationelle, det er faktisk også at få en forståelse af sammenhængen. Så det er måske en forventningsafstemning hos vores medarbejdere, når de går ind i et fælles kompetenceudviklingsprojekt, at man sagde, vi skal lære noget om hinanden og om det faglige. (Leder, hospital)

En gennemgående pointe på tværs af interviewene er, at det at møde hinanden på tværs af sektorerne i forbindelse med kompetenceudviklingen i høj grad været med til at ændre på de negative måder at omtale hinanden på, som før var mere almindeligt.

Før vi sad i det her projekt, havde jeg det meget sådan dem og os i forhold til "åh, nu har de igen ikke lavet det der", og man bliver bare frustreret. Så derfor er det bare rart at møde og få ansigt på og høre om, hvad er det rent faktisk, jeres hverdag består af. (Medarbejder, kommune)

Jeg tror også, det her er med til at plusse i forhold til gensidig respekt og forståelse for arbejdsvilkår. Alle gør deres bedste. Men at vi ligesom også kan bruge hinanden på tværs, så der ikke bliver sådan et gap imellem det med, at "ude i kommunerne kan de heller ikke finde ud af noget". (Leder, kommune)

En pointe, nogle af de interviewede nævner, er i tråd hermed, at det nu er blevet lettere at ringe til hinanden, fordi man har fået sat ansigt på hinanden.

Det er meget lettere at ringe nu, hvor jeg har set nogen. Det bliver mindre farligt. Det er også godt at have fælles viden, fordi vi så ved, hvad vi taler om. (Medarbejder, kommune)

Så kan man ringe, for man kan sætte et ansigt på. Man er pludselig blevet lidt mere kolleger. (Medarbejder, kommune)

Interviewpersonerne oplever således som en positiv bieffekt ved kompetenceudviklingen, at de har lært hinanden bedre at kende og har fået mere forståelse for hinanden. De oplever også, at de i dag i højere grad ser hinanden som kolleger.

Ved at møde hinanden har interviewpersonerne en oplevelse af at have øget den gensidige respekt og tillid til hinandens fagligheder ved at få en større forståelse for hinandens hverdag, verdener og de udfordringer og vilkår, man hver især står overfor.

Der er rigtig mange myter og rigtig mange fortællinger, rigtig mange narratives om hinanden. Og det at sidde face to face og tale med hinanden og egentlig få et indblik i, hvad er det egentlig for nogle verdener, vi hver især færdes i, hvad er det for nogle vilkår, vi har. Det, tror jeg, er nok så betydningsfuldt, og det kan man sige er jo en anden form for kompetenceudvikling. (Leder, kommune)

Eksempelvis hører interviewpersonerne ikke længere fortællinger om, at hospitalsansatte siger, at det ikke er sikkert for borgeren at komme ud i kommunen. Som eksempel på, hvordan de er blevet mere samstemte, nævnes det, at hospitalets plejepersonale og terapeuter ikke

længere omtaler kommunens tilbud som "døgngenoptræning". Hermed blev der nemlig – sammen med terapeuternes råd til borgerne om at træne så meget som muligt – givet et indtryk af, at borgerne ville komme ud til intensiv genoptræning ved terapeuter. Når borger og pårørende så kom ud til en virkelighed, hvor der kun var træning ved fysioterapeut i kort tid på udvalgte dage, så blev de ofte frustrerede. De hospitalsansatte siger derfor nu "døgnplads" i stedet.

Fordi kommunen er der fra 8-15 og ikke i påskedage og juledage. Flot at kalde det døgngenoptræning. Det er bare nogle andre forhold. Der er ikke kompetencerne til at understøtte det resten af døgnet, som også gør det svært. Det er et super stort problem, men det er vilkåret. (Leder, kommune)

Den lille detalje med, at fint, vi kalder det døgnplads, ikke døgngenoptræning. Sådan en lille bagatel, som kan fylde meget, fordi man har oplevet, hospitalet har lovet patienterne noget, kommunen ikke kan efterleve. (Medarbejder, kommune)

3.4.2 Udfordringerne

Udfordringerne relateret til tværsektoriel kompetenceudvikling handler om fagligt niveau i undervisningen og deltagelse af forskellige faggrupper.

Fagligt niveau i undervisningen

Når overskriften er kompetenceudvikling eller kursus, kan det ifølge en leder være en udfordring at fastholde begejstringen blandt de medarbejdere, der oplever, at det faglige niveau er for lavt i forhold til deres behov. De forventer således noget andet og mere end at komme og møde hinanden og måske selv bidrage ved at lære fra sig. Men samtidig er det for denne og mange andre af de interviewede en udbredt pointe, at det er vigtigt at møde hinanden på tværs.

Det er svært at stykke noget sammen, når man er i så forskellige verdener. Hospitalet er meget akutpræget, og kommunerne skal vide meget om mange ting, kan man sige, og er ikke så specialiseret. [...] Men det, vi alligevel er kommet frem til, er, hvor vigtigt det er at mødes på tværs. Så et er kompetenceudvikling, men noget andet er bare at møde hinanden og få en forståelse for hinandens verdener og et indblik i, hvad det egentlig er, man sidder i. (Leder, hospital)

Da det ifølge de interviewede er svært at formidle gode relationer videre til andre, er det dog også vigtigt, at alle relevante faggrupper deltager.

Det bliver meget på individuelt plan. Nu har jeg en følelse af, at jeg kender mere til den her afdeling, men det gør mine kolleger ikke. Det kan man jo ikke formidle videre. "Dem har du da set?" Men det har de jo ikke. Det er svært at få det ud i afdelingen. (Medarbejder, kommune)

Forskelle på deltagelse faggrupper imellem

Der har været forskelle i, hvor meget forskellige faggrupper deltager, og dermed, hvor bredt viden bliver spredt. Flere af interviewpersonerne fortæller, at det mest er terapeuter, der har deltaget i kompetenceudviklingsaktiviteterne, og forklarer, at det er nyt for plejen i kommunerne, og det har været en proces at afse tid til det i forhold til deres arbejdsskemaer. Det medfører, at nogle af de aftaler for procedurer, man har indgået, ikke bliver fulgt op af plejepersonalet, der ikke har samme ejerskab til indsatsen.

3.5 Opsamling

Kapitel 3 viser samlet, at afprøvningsne har skabt klarere rammer og aftaler i samarbejdet mellem hospital og de ni kommuner. De enkelte afprøvningsne opnår opbakning blandt de interviewede på tværs af sektorer såvel som faggrupper.

Den fysiske kuvert, der følger med borgeren fra hospital til kommune, anses som en positiv kilde til kontinuitet, når den anvendes. De spise- og drikkevejledninger og lejrings-/forflytningsplaner, den indeholder, er nemme at anvende for personalet i kommunerne, og det øger patientsikkerheden foruden at skabe ensartethed og fælles sprog i behandlingen.

Udfordringen med kuverten er ifølge de interviewede, at:

1. det ikke er alle, der kender til kuverten på de kommunale døgnpladser
2. det er ikke altid, kuverten følger med
3. der kan på grund af lavt flow gå lang tid, mellem kommunerne modtager en borger med en kuvert
4. det kommunale plejepersonale er ikke altid fagligt klædt på til eller trykke ved selvstændigt at anvende indholdet af kuverten (borgerne modtages ofte, efter at terapeuterne er gået hjem)
5. det kan skabe forvirring og utryghed, når indholdet i kuverten ikke svarer til indholdet i den elektroniske kommunikation.

Afprøvningsne med fælles måleredskaber og at tage udgangspunkt i hospitalets tests, når borgerne overtages af kommunen, opleves på den ene side at være meningsfuld, og nogle kommuner har besluttet, at de ikke vil gentage de tests, hospitalet lige har lavet. Andre kommuner vælger bevidst at starte forfra. Udfordringerne er ud over en udfordring i, "hvad vi plejer at gøre", også en faglig uenighed om, hvilke tests der er mest relevante, og hvilke tests man som terapeut er uddannet til at gennemføre. Samt en oplevelse af, at borgerne ofte har ændringer i, hvad de kan, når de kommer ud af hospitalet.

Afprøvningsne af model 1 for tværsektorielle udskrivelsessamtaler har været særligt udfordret. De primære faktorer, som de interviewede nævner, er:

1. en for kort periode, samtalerne blev afprøvet inden for
2. uklarhed omkring typen af samtaler
3. arbejdspress og udskiftning af medarbejdere
4. et for lavt flow af borgere til de tre kommuner, samtalerne skulle afprøves med
5. tidspunktet for samtaler – hospitalet er ofte først klar til samtalerne om eftermiddagen, hvor kommunernes visitatorer og hjerneskadekoordinatorer som regel ikke kan.

Hertil kommer, at der er store forskelle på, hvordan samarbejdet omkring udskrivelser foregår relateret til de forskellige kommuner. Nogle kommer ofte på hospitalet. Andre gør ikke. Nogle ønsker samtaler i god tid, før borgeren udskrives. Andre ønsker først samtaler, når borgeren er klar til udskrivelse.

Afprøvningsne af fælles kompetenceudvikling og workshops anses af de interviewede for at være positiv blandt andet fordi, de har givet en anledning til at mødes. Oplevelsen er, at der er sket et kvalitetsløft i form af øget sammenhed og ensartethed i indsatsen igennem et fælles

sprog. Eksempelvis har de aftalt, at hospitalets ansatte ikke skal omtale kommunernes tilbud som døgngenoptræning, men i stedet for som døgnophold for ikke at skabe forkerte forventninger hos borger og pårørende. Dem, der har deltaget i workshops om dysfagi, har også fået et mere fælles sprog om konsistensen af mad og drikke til de apopleksiramte. Og på lejrings- og forflytningsområdet har der også været mulighed for at tale om, hvordan det skulle oversættes til praksis. Oplevelsen er, at det har forbedret samarbejdskulturen på tværs af sektorer, idet der er en oplevelse af øget kollegaskab og en nedbrydelse af skellet mellem dem og os. Det er primært sket på grund af det tværsektorielle element i kompetenceudviklingsaktiviteterne. Den gennemgående pointe er, at koordinerings- og samarbejdsudfordringerne som sådan ikke er løst, men bare det at få en forståelse for hinandens hverdag gør, at samarbejdet glider nemmere.

De udfordringer, der peges på, er fortsat det kommunale plejepersonales kompetenceniveau. Det er herudover en overvejelse at niveauinddele kompetenceudviklingen fremadrettet. Særlig de hospitalsansatte, men også nogle af de kommunalt ansatte, har således en oplevelse af, at niveauet har været for lavt i kompetenceudviklingen.

En yderligere element, som analysen viser, er, at arbejdet med kompetenceprofiler og anvendelsen af tværsektorielle retningslinjer fylder lidt i interviewene. Det tyder på, at afprøvningen heraf ikke er nået så langt ud i praksis som tiltænkt.

De interviewede udtrykker et stort ønske om at omsætte afprøvningsresultaterne til drift, og kompetenceudvikling fremhæves som en af de fremadrettede løsninger, der kan sikre fagligt niveau og videreudvikle den relationelle koordinering¹², der fremmes ved at møde hinanden, og som har haft en positiv effekt på samarbejdet.

¹² De interviewede anvender begrebet relationel koordinering, som er et teoretisk begreb, der stammer fra Jody Hoffer Gittels forskning i sundhedsvæsenet (se Gittel, 2009).

4 Barrierer og fremmere for det tværsektorielle

Dette kapitel belyser nogle af de centrale fremmere og udfordringer for at skabe projektræsultater og øge sammenhængen i forløbene inden for apopleksi i Planområde Midt. Kapitlet svarer på undersøgelsesspørgsmål 3: Hvilke barrierer og fremmere for det tværsektorielle samarbejde kan identificeres?

Kapitlet ser også på organiseringen af projektet og afprøvningen af en tværgående projektarbejdsgruppe med henblik på at styrke ledelsesfokus i projektet.

4.1 Projektfremmere

Hvad angår fremmere for det tværsektorielle samarbejde, er det engagement, der er blandt de interviewede ledere og medarbejdere, samt de resultater, der jævnfør kapitel 3 er opnået. Det er i relation hertil en fremmer, at det opleves som fagligt meningsfuldt at forbedre de fælles forløb. Der er skabt bedre kendskab til hinanden, forbedret fælles viden og bedre relationer. Der har på det meget konkrete niveau været nogle aha oplevelser i forhold til eksempelvis at finde ud af, at de forstod forskellige ting ved konsistens.

Fremmerne giver et fundament at arbejde videre på. Ud over fremmerne er der også en række barrierer. Nogle af disse er klassiske projektbarrierer, nogle handler om den strukturelle kontekst, projektet indgår i.

4.2 Projektbarrierer: Kendskab og uklarhed om roller

Gennemgangen af de enkelte afprøvninger illustrerer, at der i høj grad er varieret kendskab til projektet. Det handler ifølge de interviewede ledere og medarbejdere til dels om, at der har været langt ned til frontlinjen i alle forgreninger af projektets områder.

4.2.1 Nedsivning til frontlinjen

Hospitalets og kommunernes oplevelser med afprøvningsperioderne er forskellige. Ifølge de hospitalsansatte har afprøvningerne været i gang længe, og de har generelt en stor forståelse for projektets indhold. Det svarer ikke til opfattelsen i kommunerne, hvor man mange steder ikke har viden om alle afprøvninger eller oplever, at de er i gang. En stor del af de interviewede, som alle har været en del af projektet, udtrykker mangel på overblik og kendskab. En gennemgående udfordring for projektet er således mangel på kendskab og videndeling.

Jeg har ikke været bekendt med det med forflytning. Det er ligesom kørt helt til en fjerde mand. Det har vi ikke set som en del af det større tværsektorielle projekt. (Medarbejder, kommune)

Det er jo et kæmpe projekt, der er sat i søen. Det er gået totalt forbi snuden på mig. (Medarbejder, kommune)

Det lyder som om, der er en masse ting i gang, men kommer det videre ud til os ude i kommunen? Det går uden om mit kontor. (Medarbejder, kommune)

For flere andre er det også først i forbindelse med den pågående evaluering, at projektets omfang og indsats er blevet tydelige.

At kendskabet er større blandt de hospitalsansatte, skyldes ifølge de hospitalsansatte blandt andet, at den regionale projektleder har sin daglige gang på hospitalet, og at hun derved har kunnet informere og vejlede tæt koblet til praksis. Ifølge de kommunale ledere handler det også om, at der er den strukturelle forskel, at de arbejder sammen med en hospitalsafdeling, der har det som speciale at beskæftige sig med apopleksi, mens apopleksi som diagnose har det med at drukne i den kommunale hverdag.

I kommunen skal vi dække alle de andre områder. Alt fra rygestop til blodpropper i hjernen. Alt derimellem skal jeg have fokus på, og så har jeg medarbejdere, som også skal have fokus på. Og det er rigtig svært at holde fokus på en – i vores verden – lille ting, som jeg jo godt ved er stor i borgerens verden. Men i vores hverdag fylder det ikke særlig meget. (Leder, kommune)

Uklarhed om egen rolle

Få af de interviewede fungerer som nøglepersoner i daglig praksis, og det har indflydelse på deres kendskab og overblik. De, der har en nøglefunktion, udtrykker større viden og involvering i projektet, mens andre i forbindelse med evalueringen faktisk bliver i tvivl, om de har været tiltænkt en særlig rolle, der ikke er blevet kommunikeret til dem.

Jeg fik at vide, jeg skulle være tovholder. Og jeg ved ikke rigtig, hvad jeg skulle være tovholder på. Så jeg har ikke rigtig gjort det, jeg skulle. For jeg vidste ikke, hvad det var, jeg skulle. Men jeg har været på en af de her forflytningstemadage. [...] Og så nu er jeg indkaldt til det her. Og i næste uge skal jeg også noget evaluering af noget, jeg ikke helt ved, hvad er. (Medarbejder, kommune)

Jeg har heller ikke været klar over mit ansvar før her til sidst. (Medarbejder, kommune)

Det bliver tydeligt i interviewene, at et lavere kendskab medfører et lavere ejerskab.

Projektet har ifølge de interviewede samtidig fyldt relativt lidt for flere medarbejdere og ledere sammenlignet med andre processer i samme periode som fx implementering af Sundhedsplatformen og NEXUS eller andre udviklingsprojekter.

4.3 Variation i ledelsesfokus og -opbakning

Også ledernes kendskab og involvering varierer fra kommune til kommune og bliver anset som en udfordring af både lederne og medarbejderne.

4.3.1 Beslutningsniveau og projektprocesser

Flere af de interviewede fortæller, at de primært har fået information om projektet fra projektlederne. Som beskrevet i de projektinterne scripts har projektorganiseringen til tider udgjort en barriere for projektets fremdrift. Det har således i nogle situationer været et dilemma, hvad projektet har haft mandat til at iværksætte. Hvad skulle fx godkendes i styregruppen, og hvad skulle godkendes på sundhedschefniveau? Det har affødt lange processer for afklaring og beslutningstagning, og at iværksættelse af afprøvninger til tider har været længe undervejs. Styregruppen har med to kommunale repræsentanter for de ni kommuner ikke altid haft mandat

til at kunne iværksætte eksempelvis afprøvning af modeller uden godkendelse fra alle kommunerne. Iværksættelse af nogle indsatser har derfor krævet godkendelse på klyngemøde med repræsentation af alle sundhedschefer, før projektet kunne gå videre. Hvor der fra hospitalet har været mandat til at iværksætte indsatser på styregruppemøderne, så har flere ting altså måttet afvente en længere proces på kommunal side.

Projektets organisering har således været udfordret af, hvilket niveau beslutninger kan og skal træffes på, og at ledelsesniveauet i styregruppen er langt fra praksis. En konsekvens heraf var, at det blev besluttet at afprøve oprettelsen af en projektarbejdsgruppe bestående af mellemledere fra alle ni kommuner plus fra hospitalet.

4.3.2 Den tværgående projektarbejdsgruppe

Projektarbejdsgruppen er et forsøg på at skabe den nødvendige ledelsesopbakning og forankring i praksis¹³, men er kun til dels nået i mål hermed.

Flere ledere i projektarbejdsgruppen havde forinden hørt om projektet, men fik først et rigtigt billede af projektet, da de blev orienteret om det i forbindelse med opstart af gruppen i januar 2019. Andre ledere vidste slet ikke, at kommunen deltog i projektet. Der er variationer i den måde, projektet er håndteret og implementeret internt i kommunerne, samt hvor stort ledelsesfokus, projektet er viet. Nogle medarbejdere – særligt dem, der iagttager sig selv som nøgleperson – har haft tæt kommunikation med deres nærmeste leder undervejs i projektet. Andre oplever ikke, at de har drøftet projektet med deres ledere, eller at der har været informeret herom på møder. Der er altså meget forskellige erfaringer med videndeling med ledelsen.

Erfaringerne er, at projektarbejdsgruppen har været vigtig for at sikre beslutningskompetence og lokal forankring til afprøvningsne, men samtidig, at man som mellemlider alligevel er for langt fra frontlinjen til reelt at kunne støtte projektet. Lederne vurderer, at det dels skyldes omfanget af projektet og den store medarbejdergruppe, som skal involveres heri. Dels deres funktion i kommunen i forhold til samarbejde med andre funktionsledere.

Der skulle have været delegeret mere til nøglepersoner

På grund af ledernes knappe ressourcer peger de interviewede ledere på, at det er nødvendigt at lave organiseringer, som har til opgave at få de lokale arbejdsgange til at spille sammen med projektets arbejdsgange. For eksempel i form af at udvælge nøglepersoner eller nedsætte lokale implementeringsgrupper. Det er væsentligt for at sikre, at tingene ikke stranded hos dem selv i mængden af mange andre opgaver, og for at skabe den nødvendige nedsivning i organisationen og dermed en højere grad af forankring blandt medarbejderne. Men det er et fåtal af kommunerne, der har været opmærksomme på at gøre dette ved projektets start.

Vi har lavet en implementeringsgruppe under vores apopleksiafsnit med ledende sygeplejerske og terapeuter. Så vi fælles vidste, hvad kører vi med nu, hvem gør hvad. Der er lokale arbejdsgange, som man skal have koblet op på det her. Hvem kan svare på spørgsmålene ude i praksis, hvis man ikke har en aktie direkte ind i projektet. (Leder, kommune)

¹³ Beslutningen om at etablere en projektarbejdsgruppe bestående af mellemledere var et år undervejs, idet man overvejede også at inddrage hjerneskadekoordinatorerne i den funktion. Det valgte man imidlertid ikke at gå videre med, fordi hjerneskadekoordinatorerne i kommunerne mangler beslutningsmandat og har forskellige arbejdsvilkår, fx arbejdstid og fysisk placering.

Hvis jeg skulle gøre det om, ville jeg have en medarbejderadvokat/repræsentant med ind, som kunne være tovholder og enten stå for projektet eller være tovholder blandt kolleger. For jeg er leder af tre forskellige adresser. Jeg er ikke det her sted hver dag. Jeg kan ikke være tovholder. Det er klart, man som leder skal vide, hvad man har sagt ja til. Der tænker jeg bare, det her er udsprunget af Sundhedsaftalen, så der er jo sagt ja langt, langt oppe. (Leder, kommune)

Udfordringen med at give større ansvar til medarbejderne er ifølge lederne imidlertid, at de heller ikke har de nødvendige ressourcer.

Og så også det pres, der er i, jeg har også været ude og prikke på nogen, og så bliver de pressede i en hverdag, og så bliver noget tilsidesat. (Leder, kommune)

Inddragelse af andre funktionsledere

I projektarbejdsgruppen har de diskuteret og skullet træffe beslutninger om forhold, der vedrører andre ledere, som de måske har mindre kontakt med. Det er komplekst og udfordrende at få ledere, som ikke er direkte involveret i projektet, til også at købe ind i projektets fokus og afsætte de nødvendige ressourcer.

I kommunerne skal man have en opmærksomhed på det, for det er flere centre, i hvert fald hos os, der arbejder sammen, så det er flere ledere på et højere niveau, der også skal arbejde sammen. (Leder, kommune)

Jeg blev overrasket over, hvor mange små ting der kan blive en barriere, hvad kalder man en afdeling, hvad siger man i tale, hvad står der i GOP'en [genoptræningsplan], fordi man skal give det videre til så mange i sin egen kommune. (Leder, kommune)

Oplevelserne hermed varierer fra kommune til kommune afhængig af den interne organisering. Den kommunale organisering medfører således en større diversitet i, hvor mange ledere der potentielt skulle tages i ed samt flere geografiske forskelle end på hospitalet.

Der er i tråd hermed forskellige oplevelser af, hvor godt projektarbejdsgruppen er lykkes afhængig af ens betingelser for at videndele og få opbakning i egen organisation. Nogle oplever en god intern kommunikation om projektet blandt andet på grund af enighed om at bruge ressourcer i de enkelte afdelinger. Andre oplever omvendt, at det er en svær opgave at repræsentere en hel kommune på tværs af fag og forvaltninger samt få involveret lederkollegaer og deres medarbejdere i afprøvning af nye indsatser.

Ledelsesopbakningen varierer således i forhold til, hvor stor en udfordring den interne koordinering har været og grundet forhold som fysisk placering og eksisterende samarbejdsflader på ledelsesniveau.

Et top down projekt

I den sammenhæng har en udfordring også været, at det ikke har været tydeligt, hvem der giver opbakning til at frigøre ressourcer. Ifølge de interviewede ledere er projektet besluttet på højere ledelsesniveau, og de iagttager det i høj grad som et top down projekt. De mener ikke, der er afsat de nødvendige ressourcer økonomisk og personalemæssigt til at afprøve nye tiltag sideløbende med driftsopgaven.

Vilkår bliver truffet på et niveau, hvor de faktisk ikke har en skid forstand på, hvordan vi arbejder ude i virkeligheden. (Leder, kommune)

Lederne påpeger også, at der indledningsvist har manglet en reel vurdering af, hvad det koster at køre forandringsprocesser igennem, og at det ikke har været tilstrækkeligt for deres mulighed for understøtte processer blot at informere dem om projektet.

4.4 Strukturelle barrierer: Variation i de kommunale tilbud

Tillid italesættes under interviewene med interviewpersonerne som noget, de på den ene side har til hinanden, og at det mest handler om at have tilstrækkelig forståelse for hinandens muligheder og begrænsninger qua de rammer, de har. På den anden side italesættes det også som en udfordring, at det nogle gange kan være svært at have tillid til hinandens tilbud. Det handler i høj grad om oplevelsen af variation i de kommunale tilbud og udfordringer i forhold til det faglige niveau.

4.4.1 Gensidig tillid, når der er variation i de kommunale tilbud

Medarbejdere og ledere fra hospitalet giver udtryk for at opleve bedre samarbejde med de kommunale repræsentanter, som de ofte ser på hospitalet. De har større tillid til deres tilbud, og det er nemmere at koordinere et forløb, der opleves som sammenhængende, når der er en direkte og personlig dialog. Der er dog ifølge de interviewede stor forskel på, hvor ofte de forskellige kommuner deltager i fx udskrivelsessamtaler eller er til stede på afdelingen.

Alligevel er det ikke altid, at et tættere samarbejde fører til større tillid til kommunens tilbud.

Der er jo forskellige tilbud i kommunerne. Det finder vi også ud af, jo tættere vi samarbejder. Der kan jeg godt på patienternes vegne være bekymret, hvis jeg har en, som jeg tænker er avanceret, og jeg ved, det er en kommune, der ikke nødvendigvis bruger de samme ressourcer på genoptræning som de andre. Hvor man står i et dilemma og tænker "arh, kan de nu det". Jeg er bekymret nogle gange, når jeg hører tilbagemeldinger fra visse kommuner. (Medarbejder, hospital)

Hvad det er for et tilbud, deres patienter kommer ud til, er fortsat et område, der skaber bekymring hos de hospitalsansatte. De hospitalsansatte oplever fx, at kommunerne ikke følger deres anbefaling om ophold på døgnplads og i stedet sender borgeren hjem.

Vi oplever, der er flere kommuner, der lukker døgnpladser ned, og siger, de skal hjem og have maksimal hjemmehjælp. Og jeg tænker nej, nej, nej, det bliver aldrig godt. (Medarbejder, hospital)

Bekymringen går blandt andet på, at det er ressourcer og "de forhåndenværende søms princip", der spiller en for stor rolle på bekostning af den faglighed, de kunne ønske. Det pointeres, at der mange steder mangler neurofaglige kompetencer i både terapien og plejen. Bekymringen deles sådan set med en række ansatte i kommunerne.

For at det kan varetages på avanceret niveau, skal terapeuter have de og de kvalifikationer. Det lukker man nogle gange øjnene for. Det er ikke altid det, der sker. (Medarbejder, kommune)

Ressourcer er et stort tema, de interviewede selv bringer op i interviewene. Det knytter både an til de interviewedes oplevelse af mangler i de tilbud, kommunerne har, og til det, hospitalet leverer.

4.4.2 Hvad er det for tilbud, borgerne kommer ud til?

Der er variationer kommunerne imellem i forhold til, hvor meget træning ved fysio- og ergoterapeuter, de kan tilbyde deres borgere. Det kan fx ifølge de kommunalt ansatte svinge fra 2, 5 til 7 gange om ugen.

På helligdagene har vi ikke nogle [terapeuter]. Så er det plejepersonalet, som er opgraderet til at tage vare på borgeren, når vi ikke er der. Det er jo ikke okay. Men det er sådan, det er. (Medarbejder, kommune)

Vi har helligdagsvagter for fys/ergo, men kun på døgnpladser. (Medarbejder, kommune)

Apopleksier får en times ergo og en times fys pr. dag 5 dage om ugen, når de er indlagt [på døgnplads]. Når de er ambulante, får de måske ned til 2-3 gange om ugen. Dem vi vurderer er aller vigtigst. (Medarbejder, kommune)

Manglen på terapeutkompetencer medfører, at personalet skal foretage prioriteringer imellem borgere i forhold til, hvem de mener har mest brug for træning.

Hos os starter de dagen efter, at de kommer, og det afviger vi aldrig fra. Hvis der skulle være så meget trængsel i vores skema, så er det en af dem, der har været der længe, som får lov at springe over. Vi starter altid træning op senest dagen efter, at de er ankommet. Det er hverdag. Kommer de en fredag, så starter de ikke før mandag. (Medarbejder, kommune)

Sammenhængen i overgangen udfordres af arbejdstilrettelæggelse

Mange kommuner har kun fysio- og ergoterapeuter inden for almindelig dagarbejdstid. Nogle har indført senvagter for terapeuter, nogle har dækning om lørdagen, og der gives også et eksempel på, at de har indført 365 dages dækning. At der ikke er terapeuter sent om eftermiddagen, hvilket er det tidspunkt, borgerne ofte overflyttes, italesættes som en kilde til potentielt kvalitetstab. Bliver en borger eksempelvis udskrevet til en kommunal døgnplads om fredagen, så er det meget sandsynligt, at de tidligst møder en terapeut om mandagen. Er det før påske eller juleferien, kan der potentielt gå op til 14 dage.

Jeg har et eksempel fra i dag, hvor der er kommet en borger i fredags, og det er tirsdag i dag, og der har ikke været en fys oppe endnu. Vi har ringet ned til fys afdelingen og sagt: "der er altså kommet en borger i fredags". Hun undrede sig selv over, der ikke havde været en fysioterapeut. Det burde jo ikke ske. Det er 4 dage, vi snakker om. (Medarbejder, kommune)

Det er ret tit og ofte, vi får en del borgere op til weekenden midt i vagtskiftet, og det er ret tit og ofte, at det er der, det går fuldstændig galt, for så møder der tre aftenvagter ind, der faktisk ikke har tiden til at lave screeninger, og vi er på vej ud af døren. Vi skal modtage borgerne jo, og fys'erne skal op og snakke med dem inden weekenden, og det når de som regel heller ikke, når de kommer lige i vagtskiftet mellem 14 og 15. Så dukker der ret tit mange op, I [hospital] rydder til weekenden, sådan er det jo. (Medarbejder, kommune)

Terapeuternes arbejdstider og tilstedeværelse er således ikke et godt match i forhold til at skabe sammenhæng i overgangen. Det sætter et større pres på det kommunale plejepersonale.

Oplevelsen af manglende kompetencer i den kommunale plejegruppe

De interviewedes oplevelse er dog, at meget plejepersonale i kommunerne mangler neurofaglig viden og arbejdsteknikker til at foretage korrekte forflytninger og ikke har erfaringen med at bruge deres krop hensigtsmæssigt. De mangler indsigt i, hvordan man hjælper borgeren bedst muligt til at øge sin funktionsevne i stedet for at anvende hjælpemidler som lift og glidebræt, der er det nemmeste for medarbejderen.

Fx struktur ved at sige "godmorgen", eller "nu skal du spise". Den har de ikke opmærksomhed på. Ikke særlig god opmærksomhed på den hjælp og støtte, de yder i personlig pleje, fx: "Jamen, han kom ud, og håndklædet var vådt". Men de har ikke set borgerne udføre det, fordi de stoler blindt på, at når en hjerneskadet kommer ud og siger, de har vasket sig, så har de selvfølgelig vasket sig. (Leder, kommune)

Noget af det, som vi har haft svært ved, er at indarbejde rutiner. Det at få gjort morgenrutinen på samme måde fx, det kan vi næsten ikke, fordi der er nogle, der ikke vil, så er der 1.000 vikarer inde over, så hende, der gerne vil, så blev hun sygemeldt. [...] Og så bliver det svært at lave en kontinuitet for borgerne, som gør, at vi jo nok kan sende nogle borgere ud og hjem på plejehjem, som er dårligere, end hvad de kunne have været, hvis vi havde haft de rette kompetencer og et mere solidt samarbejde. (Leder, kommune)

Igen er selve vilkårene i form af udskiftning, fagligt niveau i plejegruppen og manglende hænder en udfordring, der gør det svært at skabe kontinuitet.

4.4.3 Medarbejderudskiftning

Det bliver bekræftet i samtlige interview, at medarbejderudskiftning er en stor og vedvarende udfordring på såvel hospital som i kommunerne. Plejepersonalet er udsat for stor omsætning i personalet og mange vikarer, og det medfører ifølge de interviewede, at de ikke har samme ejerskab eller viden om nye arbejdsgange.

De her komplekse patienter/borgere kombineret med en mangel på sygeplejersker kombineret med, at der så kommer vikarer, gør, at det tværfaglige samarbejde bliver udfordret mega meget. (Leder, kommune)

Medarbejderudskiftningen gælder dog også på terapeutsiden. En leder anslår at have udskiftet 50 procent af sine medarbejdere i løbet af projektperioden og har ikke kunnet ansætte personer med tilsvarende kompetencer og erfaring, idet nyuddannede terapeuter ofte mangler neurofaglig viden. Det er samtidig en udfordring i forhold til at styrke relationen til hinanden ved at møde hinanden, at udskiftningen både på hospitalet og i kommunerne er så stor.

4.4.4 Variation hospitaler imellem

Kommunerne, der samarbejder med flere forskellige hospitaler, oplever tilsvarende, at der er variationer hospitalerne imellem i relation til indlæggelseslængde og sammenhængen internt på hospitalet.

Korte indlæggelsesforløb

De meget korte indlæggelsesforløb på hospitalet opleves af de interviewede ledere og medarbejdere som en udfordring, dels fordi borgerne ofte er relativt "dårlige", når de udskrives.

Der er smuttere, hvor de ikke er lægefagligt færdigbehandlet. Det, man i bund og grund skal forholde sig til – og det må man ikke sige højt, for så har vi et pengeproblem et andet sted – det er jo faktisk, at en del af dem, der ligger på midlertidige pladser i dag, de ligger reelt i en hospitalsseng. (Medarbejder, kommune)

Borgerne er SÅ mega dårlige sygeplejefagligt. Reelt er de fleste ikke i en tilstand, hvor de kan træne, når de kommer. Det er så lidt, de kan og har energi og ressourcer til. (Leder, kommune)

Dels fordi når borgere udskrives tidligt, har de ofte stadig en del aftaler på hospitalet. Og det gør det svært for kommunen at planlægge rehabiliteringsforløbet. Trætte og udmattede borgere kan ifølge de interviewede ledere og medarbejdere fra kommunerne i løbet af en dag kun overskue at komme ind på hospitalet, og derfor har de ikke overskud til træning med fysioterapeuter. For dem er det ikke en time på hospitalet, men en hel dag, og det gør det til et puslespil for kommunerne at planlægge deres træning.

Det er hvorvidt, man er i udredning, for det er rigtig svært at planlægge et genoptræningsforløb, når de har tider hver eller hver anden dag på hospitalet. Jeg har kun et ønske, jeg kunne godt tænke mig, at de reelt var lægefagligt færdigbehandlet. (Leder, kommune)

Hertil kommer oplevelsen af manglende sammenhæng, fordi resultaterne af undersøgelser mv. ved udskrevne borgere i ambulant forløb ikke bliver kommunikeret til kommunen, som har ansvaret for borgerens forløb.

Vi har et kæmpe hul i forhold til, at når folk så kommer ind til opfølgning hos jer [hospitalet] [...] Vi sender borgeren ind alene, måske med en pårørende med en transport, men der er jo aldrig noget opfølgning på det. [...] Det er i hvert fald underligt, at der skal være en opfølgning herinde [på hospital], som så ikke er i samarbejde med kommunen, at de to ting ikke spiller sammen. (Medarbejder, kommune)

4.5 Det kommer hurtigt til at handle om økonomi

Det mest centrale og gennemgående tema, der opstår på tværs af interview, er økonomi. Økonomi iagttages som den helt afgørende barriere for at skabe bedre sammenhæng og for at forbedre kvaliteten af indsatsen.

Det gælder fx i diskussionerne mellem kommunale medarbejdere og hospitalsansatte om specialiseret rehabilitering som beskrevet i afsnit 3.3.2. Det er dyrt for kommunerne og kan slå bunden ud af deres økonomi, siger de interviewede fra kommunerne, hvis de får flere borgere med specialiseret rehabilitering, end de har budgetteret med. De hospitalsansatte bliver irriterede, når de skal diskutere med visitatorer, som stiller spørgsmålstejn ved niveauet af genoptræningen. Til det siger kommunerne, at det jo er nemt nok for hospitalet at sige, når det ikke er dem, der skal betale for det.

Det gælder ifølge de interviewede også normeringen på de midlertidige pladser på den plejefaglige del, der ikke er øget til reelt at kunne levere det, borgerne har brug for, når de udskrives fra hospitalet.

At kunne kapere borgere med udfordringer på så mange behovsområder kræver ekstra ressourcer og mere end 30 minutter om dagen til at være omkring borgeren. (Leder, kommune)

Man kan blive mere kompetent og mere effektiv, men på et tidspunkt stopper kurven, og så er det bare hænder, man skal bruge. Man kan ikke lære at tørre røv hurtigere. Man kan ikke skære tid ned. Hvor går grænsen for serviceniveauet, hvad skal vi kunne levere? (Medarbejder, kommune)

Hvad er planen med, at de i sygeplejen ikke er de hoveder, som de skal være i forhold til at løse opgaven? Og hvad gør vi, for der er jo ikke fulgt penge med? (Leder, kommune)

De kommunale medarbejdere italesætter manglen på ressourcer som et vilkår for deres arbejde. Korte indlæggelsestider kombineret med hurtige udskrivelser på hospitalet bidrager til, at kommunerne ved fuld belægning ifølge de kommunale ledere og medarbejdere er nødsaget til at udskrive borgere, der ellers ikke var blevet udskrevet fra døgnplads.

Problemet er så, hvis vi ude på vores døgnpladser er fuldt belagt og skal tage en ny, er vi nødt til at udskrive en. Fordi det ene går hurtigt, skal det andet gå hurtigt. Så har vi to steder, hvor vi kunne bruge en dag eller to mere til at lave ordentlig udskrivelse begge steder. (Medarbejder, kommune)

Manglen på ressourcer medfører således mindre træning for borgeren og dermed potentielt større funktionsevnenedsættelse.

4.5.1 Krydspres mellem økonomi og faglighed

Krydspreset mellem økonomi og faglighed står helt centralt og går igen i de kommunalt ansattes oplevelser. De vurderer altovervejende, at fagligheden og fagligt begrundede beslutninger konsekvent tilsidesættes til fordel for økonomi.

Det tænker jeg er vores kommunale virkelighed i rigtig mange områder. Også på hjerneskeadeområdet. Det er, at det er pengekasserne, der taler. Det er ikke faglighederne, det er pengene. (Leder, kommune)

Det er pengene, der styrer det. Det krydspres, vi sidder i hele tiden. Er det noget, vi reelt gør i forhold til patienterne, eller er det noget, vi leger? Tilgangen er forskellig. Før i tiden tilpassede vi ressourcer med hoveder, men nu er det omvendt. Jeg siger tit til min leder, at der er den her forventningsafstemning med den her neurologiske borger, hvis vi skal have det, så fortæl mig, hvad jeg ikke skal. Men det fortæller hun mig ikke. Hvordan får jeg sagt det til frontpersonalet, som stiller mig samme spørgsmål? (Leder, kommune)

Konsekvensen af, at terapeuter fx ikke kan få deres faglighed i spil i indsatsen, gør, at de siger op. Det betyder også, at dem, der arbejder på det her område, er ildsjæle, som brænder for deres arbejde. For ellers ville de ikke være der, siger lederne.

Så siger terapeuter op, fordi de er trætte af, at de ikke kan få deres faglighed i spil. Så det er et kæmpe problem, kæmpe problem. (Leder, kommune)

Der er ildsjæle på de her rehabiliteringscentre, som kæmper kampen for at give de her mennesker den bedst mulige mulighed. (Leder, kommune)

En anden konsekvens er, at de eksempelvis i nogle af kommunerne må finde veje til at håndtere ventetidsgarantier på:

7 dages ventetid [er højt på prioriteringslisten], fordi det har vi fået at vide, vi skal. Det koster penge at sende borgerne ud af kommunen. Den skal vi bare overholde. Det betyder, at borgerne kommer ind inden 7 dage, og så venter de 3 uger på at komme i gang med deres genoptræning. Og det er fandeme ikke god faglighed. (Leder, kommune)

Det er simpelthen så frustrerende at stå med en borger, der har fået et nyt knæ, som ikke må noget som helst, som stadigvæk er syet og siger: "Hvorfor skal jeg komme nu? Kan vi ikke vente lidt? Jamen, det skal du, for jeg skal lige sige hallo." Det er sgu da spild af ressourcer. Og ressourcer, som vi kunne have brugt på at komme i gang med en neurologisk borger, som måske kunne have fået 3 gange om ugen hjemme, for det har de brug for i starten for at få ting i gang. (Leder, kommune)

4.6 Opsamling

Projektet har ifølge de interviewede haft den udfordring, at der har været manglende kendskab og klarhed om rolle i afprøvningsperioden blandt medarbejderne. I mange af kommunerne er der ikke udpeget nøglepersoner eller lokale implementeringsgrupper til at sikre nedsivning til frontlinjen. Selvom der har været ledelsesrepræsentanter med i styregruppen – og senere i projektarbejdsgruppen – har det således været en udfordring at skabe en implementeringskæde, der gik hele vejen ned i alle ni kommuner. Også på hospitalet har implementeringen været præget af udskiftninger blandt ledere og medarbejdere samt usikkerhed om, hvem havde hvilket ansvar i forhold til implementering. Udfordringen har her været forstærket af lav volumen kommunalt i de fælles forløb og en kort afprøvningsperiode.

Projektet og evalueringen viser, at de tværsektorielle forløb for borgere med apopleksi er præget af diversitet i serviceniveauer og tilbud. Det udfordrer det tværsektorielle samarbejde, hvor forskellige rationaler jævnligt af de interviewede opleves at stå i modstrid med hinanden. Det drejer sig om hensyn til faglig vurdering af behov på den ene side og økonomi på den anden.

Jo tættere de interviewede sidder på frontlinjen i kommunerne, jo mere frustrerede er de således generelt over de krydspres mellem faglighed og økonomi og arbejdsbetingelser, som de hele tiden oplever at stå i. Det udfordrer blandt andet samarbejdet ved, at hospitalsansatte ikke har tillid til kvaliteten af kommunernes tilbud. Variationerne i kommunernes tilbud italesættes også af de interviewede fra kommunerne som en udfordring, ikke mindst fordi de har en oplevelse af, at de ikke altid kan levere den faglighed, de gerne ville. Det gælder fx, når borgeren udskrives uden for almindelig dagarbejdstid, hvor flere kommuner ikke har så mange kompetencer til stede. Det gælder også i forhold til, hvilket niveau og intensitet, hvormed rehabilitering kan tilbydes. Frustrationen går dog også på det, hospitalet leverer. De korte indlæggelsestider og dertilhørende udredning opleves som en udfordring for den faglige kvalitet.

5 Konklusion og diskussion

Jeg er blevet bekræftet i, at vi bliver nødt til at mødes for at kunne danne relationer og have en forståelse for hinandens verden. Det, jeg oplever, vi også har forandret os i, er en begyndende forståelse for, at borgerens forløb er jo ikke kun hos os. [...] Og ikke, at vi som for nogle år siden, så borgeren som den borger, der starter og slutter hos os. Og så glemte vi alt det, der var før og efter. (Leder, kommune)

I kapitel 5 konkluderes på evalueringen og fremadrettede opmærksomhedspunkter i relation til at opnå mere sammenhængende tværgående rehabiliteringsforløb for borgere med apopleksi. Rapporten afsluttes med en række anbefalinger.

5.1 Konklusion

Oplevelsen blandt de interviewede på tværs af sektorer er, at projektet har forbedret samarbejdet. De oplever, at afprøvningerne i projektet:

1. har skabt klarere rammer og aftaler i samarbejdet mellem hospital og de ni kommuner
2. har øget fælles sprog, forståelse og ensartethed i sektorovergangene
3. har været med til at fremme patientsikkerheden ved blandt andet at adressere dysfagi (fejlsynkning). Nogle afprøvninger har dog været sværere at afprøve end andre.

5.1.1 Den fysiske kuvert, der følger borgeren

Den fysiske kuvert, der følger med borgeren fra hospital til kommune, anses som en positiv kilde til kontinuitet, når den anvendes. De spise- og drikkevejledninger og lejrings-/forflytningsplaner, den nu blandt andet indeholder, er en lavpraktisk måde at skabe overblik og sammenhæng på. Den kan således forebygge unødigt passive forflytninger, der modvirker rehabiliteringen, samt fejlsynkninger. Det øger ifølge de interviewede trygheden for borgerne og deres pårørende og fremmer målene for rehabiliteringen samt patientsikkerheden.

Flere kommuner har i forbindelse med projektet ændret deres indkøbsaftaler, så de nu anvender det samme fortykningsmiddel som hospitalet. Dertil har nogle kommuner overført systematikken til andre borgergrupper med dysfagi internt på kommunernes døgnplads.

Udfordringen er ifølge de interviewede, at:

1. det ikke er alle, der kender til kuverten på de kommunale døgnpladser
2. det er ikke altid, kuverten følger med
3. der kan på grund af lavt flow gå lang tid, mellem kommunerne modtager en borger med en kuvert
4. det kommunale plejepersonale er ikke altid fagligt klædt på til eller trygge ved selvstændigt at anvende indholdet af kuverten (borgerne ankommer ofte, efter at terapeuterne er gået hjem)
5. det kan skabe forvirring og utryghed, når indholdet i kuverten ikke svarer til indholdet i den elektroniske kommunikation.

5.1.2 Samme måleredskaber og udgangspunkt i hospitalets tests

Afprøvningen med at anvende de samme måleredskaber og at tage udgangspunkt i hospitalets tests, når borgerne overtages af kommunen, opleves på den ene side at være meningsfuld, og nogle kommuner har besluttet, at de ikke vil gentage de tests, hospitalet lige har lavet. Andre kommuner vælger bevidst at starte forfra. Udfordringerne er ud over en udfordring i "hvad vi plejer at gøre" også en faglig uenighed om, hvilke tests der er mest relevante, og hvilke tests, man som terapeut er uddannet til at gennemføre. Samt en oplevelse af, at borgerne ofte har ændringer i, hvad de kan, når de ankommer til en kommunal døgnplads.

5.1.3 Tværsektorielle udskrivelsessamtaler

Afprøvningen af forbedret samarbejde omkring udskrivelsessamtaler har vist sig at være mere udfordrende. De primære faktorer, som de interviewede nævner, er

1. en for kort periode, samtalerne blev afprøvet inden for
2. at samtalerne stadig er lægestyrede
3. arbejdspressen
4. et for lavt flow af borgere til de tre kommuner, samtalerne skulle afprøves med
5. tidspunktet for samtaler – hospitalet er ofte først klar til samtalerne om eftermiddagen, hvor kommunernes visitatorer og hjerneskadekoordinatorer som regel ikke kan.

Hertil kommer, at der er store forskelle på, hvordan samarbejdet omkring udskrivelser foregår relateret til de forskellige kommuner. Nogle kommer ofte på hospitalet. Andre gør ikke. Nogle ønsker samtaler i god tid, før borgeren udskrives. Andre ønsker først samtaler, når borgeren er klar til udskrivelse.

5.1.4 Fælles kompetenceudvikling og workshops

Samarbejdet mellem hospital og kommune er karakteriseret ved en naturlig asymmetri i kompetenceniveauerne. Borgeren overgår fra apopleksiafsnittet, som er en specialiseret afdeling med specifik viden om apopleksi, til en kommunal døgnplads, hvor apopleksi er en af mange hospitalsdiagnoser. Det kan betyde, at særligt det plejefaglige personale ikke nødvendigvis har forudsætninger for og erfaringer med at håndtere borgere med apopleksi, hvilket giver den enkelte sektor vidt forskellige forudsætninger for at varetage rehabiliteringsopgaven. Det betyder også, at det kan være svært at finde et fælles niveau for kompetenceudvikling tværsektorielt.

Den største fordel med den fælles kompetenceudvikling og workshops anses derfor af de interviewede for at være det, at de har givet en anledning til at mødes. Oplevelsen er, at der er sket et kvalitetsløft i form af øget sammenhed og ensartethed i indsatsen igennem et fælles sprog. Eksempelvis har de aftalt, at hospitalets ansatte ikke skal omtale kommunernes tilbud som døgnoptræning, men i stedet for som døgnophold for ikke at skabe forkerte forventninger hos borger/pårørende. Oplevelsen er, at det har forbedret samarbejdskulturen på tværs af sektorer, idet der er en oplevelse af øget kollegaskab og en nedbrydelse af skellet mellem dem og os. Den gennemgående pointe er, at koordinerings- og samarbejdsudfordringerne som sådan ikke er løst, men bare det at få en forståelse for hinandens hverdag gør, at samarbejdet glider nemmere.

5.1.5 Fremmere og barrierer

Oplevelsen i projektet har været, at der er et stort engagement og forpligtelse til at lykkes. Engagement skabes dels af, at medarbejderne kan se, at projektet gør en forskel for borgeren, men også for dem selv som kolleger på tværs af sektorer. Dette engagement har virket som en fremmer i forhold til at arbejde for at skabe mere sammenhæng. Det har også været en fremmer, at de har kunnet sidde sammen på tværs og få aha oplevelser sammen omkring eksempelvis konsistens ved dysfagi. Det har særligt på hospitalet været en fremmer, at der har været en projektleder tæt på i hverdagen.

Projektet har også været præget af en række barrierer. For det første har kendskab og ejerskab til projektet ikke nået bredt nok ud. Selv etableringen af en tværgående projektarbejdsgruppe, der inkluderede mellemledere fra alle ni kommuner, har ikke kunnet sikre tilstrækkelig nedsivning til frontlinjen. En udfordring har her været lav volumen kommunalt i de fælles forløb, en kort afprøvningsperiode samt manglende delegering af projektopgaveansvar.

Selvom der er skabt en bedre forståelse af hinandens arbejdsvilkår, og at de i dag som følge af projektet i højere grad ser sig som kolleger på tværs af sektorer, så ligger der stadig mange frustrationer lige under overfladen. En anden stor udfordring for at øge sammenhængen er nemlig oplevelsen af variation i de kommunale tilbud imellem koblet med en oplevelse af, at det er svært at leve op til både hinandens og egne forventninger til et tilstrækkeligt højt fagligt niveau.

Det er demotiverende, og de interviewede oplever, at det er med til at forstærke den strukturelle barriere i stor medarbejderudskiftning. Udskiftningen betyder, at det er svært at opbygge og fastholde både faglige kompetencer og kendskab til hinanden.

Økonomi er en anden strukturel barriere. Dels fordi oplevelsen er, at der har manglet tid og ressourcer til at engagere sig i og omsætte afprøvningsresultaterne, dels fordi oplevelsen er, at der generelt ikke er de nødvendige ressourcer til rådighed på området.

5.2 Diskussion

Ifølge litteraturen om tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet har det ofte været en udfordring, at ledelsessystemet er dekoblet bestræbelserne for at koordinere og samarbejde på tværs, og at der i tråd hermed mangler ledelsesstyring og fokus (Holm-Petersen & Buch, 2014). Det har til dels også været tilfældet i dette projekt, fordi ledelsesforankringen først kom ud i alle ni kommuner med etablering af projektarbejdsgruppen et år inde i forløbet. Projektet har i tråd hermed været præget af uklar delegering og manglende kendskab til projektet.

Når det er sagt, er der måske også grund til at se de strukturelle barrierer efter i sømmene. Udfordringerne med projektets afprøvningsresultater afspejler nemlig også strukturelle udfordringer.

5.2.1 Lang vej at gå

Oplevelsen blandt de interviewede er, at det har været godt for projektet, at formålet var afprøvning og ikke implementering til drift, fordi det havde været for svært at sætte i drift med det samme. Det siger noget om udgangspunktet og udfordringerne. En kommunal leder forklarer det med de ni kommuners forskellige organiseringer og ønsker for et samarbejde.

Vi er 9 kommuner, som er meget forskellige, og hospitalet. Det vil være vanskeligt at sige "nu gør vi sådan", for alle siger "jamen, ude hos os gør vi sådan". For de 9

kommuner har skullet nærme sig hinanden, afgive lidt af det, vi gør, og tage imod noget andet. Det havde været svært helt fra start at sige "vi går dén vej". Vi har været nødt til at tale os ind på hinanden og sige "ude hos os er vi rigtig glade for det her". Så ville de andre ikke bare have sagt "så gør vi sådan", men sige "okay, så lad os prøve det og se, hvordan det virker". (Leder, kommune)

Interviewpersonerne vurderer det som udfordrende at finde en fælles vej blandt hospitalet og de ni kommuner. Det er organisationer med forskellig opbygning, størrelse og økonomi såvel som traditioner og kulturer. De interviewede giver udtryk for, at det kræver meget at afgive noget, og det tager lang tid. Der har derfor været brug for en blidere måde, hvor man i projektet har arbejdet sig henimod at finde en fælles vej. Projektet har nemlig skulle implementeres ind i den virkelighed, at:

1. der er kommunalt selvstyre og dermed også kommunale løsninger, der varierer
2. flow opleves at være lavt og skiftende
3. der er en høj grad af medarbejderudskiftning
4. der er en oplevelse af, at ressourcer og ambitioner ikke følges ad.

På trods af årtiers fokus på behovet for at skabe koordination og sammenhæng i de tværgående forløb, så opleves opgaven hermed således at være så stor og kompleks, at man ikke bare kan sætte et koordineret forløb i drift – selv ikke med projektmidler og projektledelse til rådighed.

5.2.2 Variation de kommunale tilbud imellem

Et centralt formål med projektet har været at skabe ensartethed ikke kun på tværs af sektorer, men også på tværs af kommuner. Idet kommunerne har forskellige prioriteringer, størrelser og strukturelle forudsætninger for at tilrettelægge indsatsen, fastlægger den enkelte kommune sit eget serviceniveau. Det er meningsfuldt i et overordnet styringsperspektiv. Men det medfører, at hver enkelt kommune er forskelligt organiseret og har forskellige tilbud. Det skaber forskellige forløb for borgene, alt efter hvilket hospital der samarbejder med hvilken kommune, plus hvilken type af kommunalt tilbud, borgerne modtager inden for den enkelte kommunes egen palette (fx på døgnplads, plejehjem, i hjemmet).

Ud over variationer i typen af tilbud og graden af, hvor meget specialiseret viden, de ansatte har, så er der også variationer i bemanning. Der er således med fysio- og ergoterapeuter tale om faggrupper, der traditionelt kun har arbejdet i almindelig dagarbejdstid. Der er en udvikling i gang, som betyder, at de fx på hospitalerne og i tiltagende grad også i kommunerne dækker bredere end dagarbejdstiden, men dækningen her er på nedsat styrke. Det giver en udfordring i forhold til en ensartet håndtering af borgere.

Den i et sundhedsfagligt perspektiv "rigtige" modtagelse af apopleksiborgere til videre forløb i kommunen udfordres derudover af, at borgerne fordeles på mindst ni kommuner, således at flowet varierer, og volumen typisk er så lav, at det er svært at oparbejde rutiner om netop denne borgergruppe. Det udfordrer Sundhedsstyrelsens kvalitetsprincip om, at øvelse gør mester, og at volumen derfor er vigtig (jf. SST, 2011a). I det kommunale sundhedsvæsen og på de kommunale døgnpladser er der jo mange forskellige sygdomme og forløb, der skal håndteres. Det betyder blandt andet, at det er svært at forestille sig, at alt kan håndteres ved at udpege særlige koordinatore.

5.2.3 Hvad skal der til for at forbedre kvaliteten i forløbene?

Variationerne i kvaliteten af de tilbud, borgerne tilbydes, italesættes af de interviewede som en iboende udfordring. De har en oplevelse af, at tingene ikke hænger rigtigt godt sammen i dag derfor er der et ønske om, at rammerne bliver set efter:

Større kommunale enheder

Der italesættes under interviewene forskellige typer af løsninger på udfordringerne. Det ene ønske går på, at det tværkommunale samarbejde styrkes, så der kan skabes et mere specialiseret tilbud med større volumen til at opbygge en faglighed rettet mod de udfordringer og behov, apopleksiramte borgere har.

Fordi faktum er jo, at det her område er en meget lille del af kommunens samlede opgaveportefølje, og det at opretholde kompetenceniveauer på sådan en lille bitte del sammen med alt det andet, man også skal i kommunerne, er rigtig vanskeligt, hvilket taler ind i det her med at lave nogle større enheder, så man ikke bliver så sårbar, når man kun har x antal senge. (Leder, kommune)

Der er ingen tvivl om, at hvis man virkelig vil noget, så bliver man nødt til at skabe noget fælles ledelse – og ægte fælles ledelse – og ikke pseudo, hvor man sidder på hver sin side af et bord. (Leder, kommune)

Det er en udfordring at tilvejebringe og fastholde det specialiserede niveau, som borgerne har brug for. Det er ifølge de interviewede svært at skabe og opretholde det kompetenceniveau med stor udskiftning og mange vikarer i aften- og weekendvagter, hvor borgerne ofte modtages.

Jeg tænker, det i den grad ville give mening set i forhold til de kommuner, der har mindre flow. Det er jo imponerende ressourcerævende at holde kompetencerne høje og for den sags skyld også kunne rekruttere ind i forhold til at løfte til – og jeg gætter på, de fleste kommuner kan løfte til – avanceret niveau i hvert fald på papiret. Jeg vil vædde rigtig meget på, at de ikke kan det i praksis. At der er rigtig mange, der kun kan løfte til basis niveau. Men det kræver rigtig meget rent faktisk at kunne blive ved med at bibeholde, hvis man har et lille flow, og man ikke møder dem så mange gange, stadigvæk at kunne levere den ydelse. (Medarbejder, kommune)

Med en samlet enhed vil der være én direkte indgang fra hospitalet, som ville medføre et tættere og mindre komplekst samarbejde. En overvejelse blandt interviewpersonerne er, at der skulle være et minimumskrav for kvaliteten, så kommuner med et lavt niveau ikke trækker den samlede enhed ned, så andre kommuner ville skulle dække mere ind. *Vil de stærke kommuner være med til den laveste fællesnævner?*, spørger en interviewperson.

Den centrale pointe blandt de interviewede er, at en samlet enhed kan være med til at sikre et flow, så man kan bevare kompetencer i kommunerne og har midler til at ansætte de rette kompetencer. Det møder også opbakning fra terapeuter, som har et stort ønske om at specialisere sig.

Jeg kan fx ikke love nogen, at de kan specialisere sig inden for et speciale, for det er vi simpelthen for små til. Vi kan arbejde hen imod, det er det her, du arbejder primært med, men du skal også være parat til at tage alt det andet. Det afholder nogle, som gerne vil noget speciale, fra at søge eller ville være her eller søge videre,

lige så snart man opnår kompetencerne til at være i et særligt speciale. Sådan er vilkårene. (Leder, kommune)

For mig egoistfagligt kunne det være sindssygt fedt med et samlet neurologisk sted. (Medarbejder, kommune)

Med en samlet enhed vil det i højere grad være muligt at bibeholde medarbejdere med erfaring og et højt kompetenceniveau.

Tanken om en samlet enhed vurderer de interviewede ikke kun er meningsfuld for kommunale ledere og medarbejdere, men også for pårørende, der udtrykker bekymring ved den kommunale indsats.

Det er jo ikke kun den, der har fået apopleksi, som er rundt på gulvet, det er også de pårørende. Dem møder vi jo i første række. Og hvis man ikke har så stort flow, og der er så meget andet også, så skaber det rigtig meget frustration og usikkerhed hos dem også. Vi har oplevet op til flere gange, når der kommer pårørende, og de kommer fra hospitalet "jamen, det er jo kun en korttidsplads, har I i det hele taget forstand på det her?". Fordi det ikke er et sted, hvor man har det avanceret. Vi har det hele her. (Medarbejder, kommune)

Dilemmaet om det nære eller det specialiserede

Udfordringen er dog et dilemma mellem det nære eller det specialiserede. Diskussioner af, hvorvidt borgere og pårørende ønsker nærhed eller specialiseret behandling, går igen i interviewene. At udvikle samlede enheder nytter ikke meget, hvis borgerne ikke vil derhen, fordi de ikke kan overskue tilbuddet. Så er det ligegyldigt og vil ifølge de kommunale medarbejdere medføre, at kommunen skal substituere og give et andet tilbud, for det er de forpligtet til. Man er nødt til at tage højde for, at borger og pårørende efterspørger noget andet. Argumentet for det specialiserede er, at hvis man i det lange løb får en bedre genoptræning, kan man komme hjem og være selvhjulpne. Men borger og pårørende er ofte så kriseramte, at de ikke kan overskue det. En kommunal leder giver et eksempel med en borger, som ikke kunne overskue at være på en adresse frem for en anden, fordi den lå 3 kilometer længere væk.

De interviewede påpeger en udvikling mod, at borgeren skal hurtigere hjem til eget hjem, fordi de restituerer langt hurtigere i egne rammer. Derfor er det en fordel, de er hjemme i nærområdet. Udfordringen her er, at kommunerne ikke kan honorere genoptræning i hjemmet i samme grad som på døgnpladserne.

Vi kan ikke honorere genoptræning i samme stil, når borgeren er hjemme, som når de er inde i huset. For der kan man træne de 20 minutter, og så kan de få et hvil. Og så kan man måske træne 15-20 minutter senere i løbet af dagen. Det kan vi ikke, når de er derhjemme. Så skal vi komme hjem til dem, og så skal de partout være klar, og så er det måske kun 2 gange om ugen. Hvis vi er rigtig heldige, så kan vi 3 gange om ugen. (Leder, kommune)

En anden overvejelse i forbindelse med etableringen af samlede enheder er, at det næsten bliver en konstruktion af kommunale minihospitaler. En spørger: *Hvorfor skulle vi sammenlægge dem et andet sted, når vi har nu et hospital? Hvorfor lave minihospitaler på tværs i kommuner?* Så selvom flere interviewpersoner peger på fordele ved en samlet enhed, nævnes således også barrierer.

Længere forløb på hospitalerne

Et andet ønske går på, at hospitalerne i højere grad "færdigbehandler" borgerne, så de er mere stabile, når de sendes ud i kommunerne. Det skal forstås ikke kun ud fra en lægefaglig vurdering, men også ud fra en fysio- og ergoterapeutisk og sygeplejefaglig vurdering. Oplevelsen er nemlig, at der i takt med at behandlingsvinduet er udvidet ved apopleksi, og at der i dag i højere grad behandles på fx også 90+ årige, så kommer der pres på hospitalets sengepladser. Det er altså ikke kun de interviewede medarbejdere og ledere i kommunerne, der oplever, at borgerne nogle gange kommer for tidligt ud fra hospitalet. Det er også plejepersonale og terapeuter på hospitalerne, der har en oplevelse af, at de nogle gange kunne have gjort mere ud fra deres faglige standarder og forventninger. Konsekvensen af korte indlæggelser er ifølge de interviewede større risiko for genindlæggelser samt et potentielt lavere funktionsniveau, hvis kommunerne ikke kan levere den nødvendige genoptræning.

Mere praksisorienterede forløbsprogrammer

Ud over potentielle organisatoriske løsninger på udfordringerne er der også interviewede medarbejdere særligt fra kommunerne, der ser et potentiale i, at de nationale kvalitetsstandarder i forløbsprogrammet blev mere orienteret mod daglig praksis.

For eksempel indeholder det ikke anvisninger for medarbejdernes kompetenceniveau og for måleredskaber, som bliver fremhævet som centrale for indsatsen. Mens nogle mener, programmet er for ukonkret, mener andre, at det er for ambitiøst i forhold til borgerens funktionsniveau.

Medarbejderen vurderer, at forløbsprogrammets indsatser kun er relevante for de borgere, der bliver velfungerende i eget liv og altså til et fåtal. Det opleves som mere relevant, at programmet i stedet går i dybden med de indsatser, som samfundet har forpligtet sig til at bidrage til i rehabiliteringen af personer med hjerneskade.

Udfordringen i forhold til terapi er, at forskning er begrænset, både hvad angår midler, muligheder og metoder. Det gør det svært at bevise, hvornår terapien har effekt. Rehabiliteringen involverer flere indsatser, og derfor er det problematisk at trække én intervention ud for at påvise dens effekt. Det er ifølge de interviewede svært at lave brugbare anbefalinger på praksis baseret på RCT studier, når det er problematisk at foretage RCT studier med denne borgergruppe.

[Man er] nødt til at kigge på evidenshierarkiet. Det dur ikke, det kun er RCT, for hvem fanden gider være kontrolgruppe. Som fys/ergo støder vi på etiske dilemmaer, hvis vi skal undlade at give noget til nogen, fordi der bliver forsket i en gruppe. Hvis vores erfaring kunne virke, havde man fundet masser af studier på balance, så man kunne tage det med i retningslinjen. Det er et kæmpe problem i terapeutisk virke. Jeg kan ikke forstå, hvorfor man ikke kan lave en anden standard for højevident materiale, når man har med sårbare mennesker at gøre, der kan risikere at dø, hvis de ikke får den rigtige behandling. Det blokerer for nationale retningslinjer, man kan bruge, og som kan inspirere. (Medarbejder, kommune)

Derudover er det generelt en udfordring at måle på rehabilitering, fordi en stor del af effekten af indsatsen ifølge de interviewede afhænger af den relation og det samarbejde, den sundhedsprofessionelle får skabt til borgeren.

5.3 Hvad skal der ske nu?

Interviewpersonerne udtrykker overordnet tilfredshed med projektet og et stort ønske om at fortsætte indsatsene. Holdningen er, at kuverten og fælles måleredskaber skal sættes i drift. De giver derfor også udtryk for en bekymring for, at fælles procedurer bliver lavet om, når projektet stopper, eller at den gode udvikling stagnerer. De interviewede peger på et fortsat behov for en tovholderfunktion, som kan holde liv i forandringerne og sikre videre implementering af de aftaler, som bliver indgået. Det er en gentagen pointe, at det er nødvendigt med en fast struktur for at fastholde og videreudvikle det tværsektorielle samarbejde. Hvis der ikke kommer det, er de interviewede bekymrede for, at projektindsatserne løber ud i sandet.

En andet forslag, som også gentages, er etableringen af erfa-grupper. Det bygger især på de erfaringer, projektet har draget med fælles kompetenceudvikling, hvor man opnår fælles viden og kan give indspark på tværs af kommuner. Den store udfordring med medarbejderudskiftning gør det til en kontinuerlig opgave at sørge for opbyggelsen af nye relationer, så samarbejdet bliver mindre individbåren, end det er nu. Der er samtidig behov for løbende introduktion til de udviklede procedurer og kompetenceudvikling af medarbejdere. Det taler for at fortsætte med tværsektorielle kompetenceudviklingsaktiviteter. Kommunale interviewpersoner håber også, at kursusudbydelse på tværs af de ni kommuner (i 9k regi) fastholdes, da det kan være dyrt og omfattende for hver enkelt kommune at igangsætte kompetenceudvikling i neurofaglige kompetencer. Det er herudover en overvejelse at niveauiddele kompetenceudviklingen fremadrettet. Særlig de hospitalsansatte, men også nogle af de kommunalt ansatte, har en oplevelse af, at niveauet har været for lavt i kompetenceudviklingen.

5.4 anbefalinger

Med udgangspunkt i rapportens konklusioner og heraf afledte diskussioner har VIVE følgende anbefalinger til det fremadrettede samarbejde om borgere med apopleksi.

5.4.1 Behov for at fastholde det, der er opnået

Projektet står ved sin afslutning, og det er oplagt at bygge videre på de erfaringer, interviewpersonerne har gjort sig. Det anbefales derfor, at der på tværs af sektorerne aftales, hvordan projektparterne fremadrettet skal prioritere indsatsen på apopleksiområdet.

5.4.2 Behov for at gå i drift

Der har været afprøvet måder at søge at forbedre sammenhængen på. Det anbefales, at der nu skabes et forpligtende samarbejde om at gå i drift – fx på implementering af kuverten som en måde at sikre patientsikkerheden og øge kvaliteten på samt fælles måleredskaber. I tråd hermed anbefales det, at det udbredes at anvende samme type fortykningsmiddel.

5.4.3 Behov for at styrke ledelsesinvolveringen

Der har i projektet været udfordringer med ledelsesopbakning og styregruppens sammensætning. For at kunne gå i drift med afprøvningsene anbefales det, at man sikrer aktiv og bred ledelsesinvolvering på alle niveauer med forankring i alle ni kommuner og hospitalet. Samtidig er det nødvendigt med en tydelig og synlig ledelse, som understøtter og sikrer implementeringen samt har ansvar for kommunikation herom.

5.4.4 Behov for erfaringsudveksling og videndeling

Der er i projektet skabt gode erfaringer med at mødes og opdage, at man forstår forskellige ting ved de samme retningslinjer fx for dysfagi og forflytning. I lyset af den store medarbejderudskiftning vil der være et løbende behov for at understøtte denne samstemthed. Det anbefales derfor, at der indføres kontinuerlige erfa-grupper eller workshops, hvor der sættes fokus på at fremme faglighed og samstemthed inden for dysfagi og forflytning/lejring. En lignende gruppe kan overvejes inden for brugen af måleredskaber og tests med henblik på at fremme koordination inden for dette område.

5.4.5 Behov for at mindske variationen

Der er i dag en stor variation i, hvad borgerne tilbydes af samlede forløb på tværs af sektorer i forbindelse med apopleksi. Det stiller borgerne forskelligt, alt efter i hvilken kommune, de har bopæl, samtidig med at det vanskeliggør et effektivt samarbejde på tværs af sektorer. Det anbefales derfor, at der arbejdes for at nedbringe variation kommunerne imellem.

5.4.6 Behov for samarbejde på tværs af kommunegrænser

Kommunernes befolkningsgrundlag og økonomiske rammer medfører, at der for en del kommuner ikke er den fornødne volumen i apopleksiforløbene til at etablere kommunale tilbud på tilstrækkelig neurofagligt niveau. Dette udgør en væsentlig barriere for at kunne leve op til nationale og faglige anbefalinger. Det anbefales derfor, at kommunerne udforsker muligheder for at udbygge det tværkommunale samarbejde for på den måde at skabe større og mere fagligt bæredygtige miljøer inden for det neurofaglige arbejde.

6 Litteratur

- Buch, MS, Holm-Petersen C, Hansen EB (2016): *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB (2013): *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Gittel, JH (2009): *High Performance Healthcare*. New York: McGraw-Hill.
- Holm-Petersen C & Buch, MS (2014): *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Holm-Petersen C, Buch MS, Jørgensen O (2014): *Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*. København: Væksthus for Ledelse.
- Region Hovedstaden & KKR (2017): Projektbeskrivelse.
- Rigsrevisionen (2016): *Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade*. København: Rigsrevisionen.
- Sundhedskoordinationsudvalget (2015): *Sundhedsaftalen 2015-2018. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen*. Hillerød: Region Hovedstaden.
- Sundhedsstyrelsen (SST) (2011a): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. Odense: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (SST) (2011b): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*. Odense: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (SST) (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje*. Odense: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (SST) (2017): *Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade*. Odense: Sundhedsstyrelsen.

Bilag 1 Projektindsatser

Bilagstabel 1.1 Oversigt over projektets indsatser

Indsats	Indhold	Hvilke fagpersoner	Hvilke steder
Måleredskaber	AMPS	Ergo	Hospital + 9K
	TUG	Fys	Hospital + 9K
	RSS	Fys	Hospital + 9K
	MAS	Fys og ergo	Hospital + FUR, BAL og RUD
Dysfagi og ernæring	Retningslinje	Pleje, ergo og diætist	Hospital + 9K
	herunder brug af GUSS	Pleje	Hospital + 9K
	Spise- og drikkevejledning	Pleje og ergo	Hospital + 9K
	Info pjece	Pleje og ergo	Hospital + 9K
Forflytning og lejrning	Fælles undervisning i materiale	Forflytningsansvarlige: Fys, ergo, pleje	Hospital + 9K
	Retningslinje		
	Lejrings- og forflytningsplaner	Fys, ergo og pleje	Hospital + 9K
Kuvert – skriftligt materiale på tværs	Kvalificering kuvert	Pleje	Alle kommuner
	Afprøve kuvert	Pleje	Hospital + 9K
Tværsektoriel kompetenceudvikling – kursusaktivitet	Dysfagi og ernæring I	Pleje (i alt 40)	Alle kommuner
	Udvikling af neurofaglig klinisk praksis	Tværfagligt (i alt 60)	Hospital + 9K
	Syn-Påvirkning af balance og aktivitetsudførelse.	Fys og ergo (i alt 20)	Hospital + 9K
	SCA	-	-
	Dysfagi og ernæring II	-	-
Skriftlig kommunikation Indsats	PFP	Pleje	Hospital
	GOP	Fys og ergo	Hospital + 9K
	Korrespondancemeddelelse	H: Fys og ergo. K: Hj.skadekoor.	Hospital + 9K
Patient/pårørende samtaler ifm. udskrivelse	Tavlemøder og samtaler	Fys, ergo og pleje	Hospital
	Indkaldelse af patienter og pårørende	H: Pleje	Hospital
	Invitation til samtale via PFP	H: Pleje K: Visitation	Hospital +9K
	Afprøve model 1 for udskrivelsessamtale	H: læge, pleje, fys, ergo K: Vis og Hj.skadekoor.	Hospital + 9K
	Afprøve model 1 for udskrivelsessamtale	H: læge, pleje, fys, ergo K: Vis og Hj.skadekoor.	Hospital + BAL, GEN, GLX
Organisatorisk brugerinddragelse	Løbende i udvikling og evaluering af indsatser	Projektledere	

Indsats	Indhold	Hvilke fagpersoner	Hvilke steder
Hjemmeside	Etablering af fælles hjemmeside	Projektledere	
INDTRYK & UDTRYK	Brugertilfredshedsundersøgelse	H og K: Terapeuter	Hospital + 9K

Tema	Indsatser				
Overlevering – skriftligt	Plejeforløbsplan (PFP) /udskrivelsesrapporten	Genoptræningsplan (GOP)	Korrespondancemeddelelse (KM)	Kuvert	REF01 /forebyggelses-klinikken
Overlevering – ”fysisk”	Følge ud /hente hjem	Teknologi ved overlevering			
Modtagelse kommunalt	Modtagelse de første 1-2 uger kommunalt				
Brugerinddragelse	Organisatorisk brugerinddragelse	Individuel brugerinddragelse	INDTRYK & UDTRYK – brugertilfredshed efter hjerneskade (puljeprojekt SST)		
Organisatorisk	Projektarbejdsgruppe	Kvalitets- og procesmål for tværsektorielt samarbejde	Tværsektoriel hjemmeside		
Udvikling af tværsektorielle retningslinjer og materiale	Kompetenceprofiler	Samtaler forud for udskrivelse (model 1 og 2)	Måleredskaber	Dysfagi og ernæring	Lejring og forflytning
Kursusaktivitet	Samtalestøtte til den afasiramte/SCA	Håndtering af dysfagi i klinisk praksis hos borgere med apopleksi	Udvikling af neurofaglig klinisk praksis samt forståelse af det samlede neurorehabiliteringsforløb	Syn – påvirkning af balance og aktivitetsudførelse i hverdagen ved synsudfald	Lejring og forflytning af personer med erhvervet hjerneskade

Kilde: VIVE ud fra materiale tilsendt af projektledelsen

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD