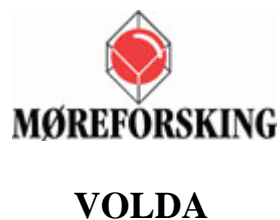


Arbeidsrapport nr. 227

Randi Bergem og Unni Aarflot

”Oj, går det an?”

Evalueringa av seksjon for habilitering Helse Sunnmøre
— fokus på samorganisering av barnehabiliteringa og
vaksenhabiliteringa



2008

Prosjekttittel	Evaluering av samorganisering av barn — vaksenhabiliteringstenesta ved seksjon for habilitering
Prosjektansvarleg	Møreforskning Volda
Prosjektleder	Randi Bergem
Finansiering	Helse Midt-Norge
Forfattarar	Randi Bergem og Unni Aarflot
Ansvarleg utgjevar	Møreforskning Volda
ISBN	978-82-7692-291-2 (elektronisk utgåve)
ISSN	0805-6609
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

Arbeidsrapportserien er for faglege og vitskaplege arbeid som ikkje fullt ut stettar krava til forskingsrapportar. Det kan vere delrapportar innanfor større prosjekt, eller læremateriell knytt til undervisningsføremål.

Arbeidsrapportane skal vere godkjende av anten dekanus, gruppeleiar, prosjektleder (for IAAI: instituttleiar) eller ein annan fagperson dei har utpeika. Kvalitetssikringa skal utførast av ein annan enn forfattar.

Forord

I 2004 vart vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa i Helse Sunnmøre samorganisert og to år seinare samlokalisert. Helse Sunnmøre ønskte ei evaluering av erfaringane med den nye organiseringa. Møreforsking Volda fekk oppdraget med å gjere evalueringa, som er tufta på intervju med tilsette ved seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre, med samarbeidspartar i Helse Sunnmøre, med tilsette i hjelpeapparatet i eit utval kommunar og med foreldre som brukarar av habiliteringstenesta.

I tillegg til at evalueringa har hatt fokus på erfaringar med og konsekvensar av samorganiseringa, er også tenesta meir generelt evaluert. Det gjeld arbeidet internt i seksjonen, samarbeid med andre seksjonar og avdelingar i Helse Sunnmøre og med kommunar.

Vi takkar alle som er intervjuar for at dei stilte opp, og for svært nyttige og nødvendige bidrag til evalueringa.

Takk til Helse Sunnmøre for eit spennande oppdrag, og vi håper at evalueringa kan vere eit føremålstenleg utgangspunkt for det vidare arbeidet ved seksjon for habilitering.

Volda, oktober 2008

Randi Bergem (prosjektleder)
Unni Aarflot

Samandrag

Barnehabilitering og vaksenhabilitering i Helse Sunnmøre vart samorganisert i ein seksjon for habilitering i 2004 og samlokalisert i 2006. Det skjedde ved at seksjon for vaksenhabilitering vart flytta frå avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering til barneavdelinga, der seksjon for barnehabilitering allereie var etablert. Føremåla med omorganiseringa var mellom andre fagleg styrking av habiliteringstenestene, bruk av personalressursar på tvers og meir fokus på livsløpsperspektivet. Møreforsking Volda har evaluert denne omorganiseringa, men har også belyst ulike sider ved habiliteringstenesta meir generelt.

Felles leing er den sida ved samorganiseringa som dei tilsette er mest kritiske til konsekvensane av, i alle fall slik det fungerer så langt. Svært mange, særleg i vaksenhabiliteringa, saknar fagleg leing, og mange uttrykkjer behov for overordna fagleg leing, som mellom anna har mynde til å ta avgjerder knytte til kva system og rutinar som skal ligge til grunn for arbeidet.

Evalueringa viser at omorganiseringa har positive verknader på det som gjeld overgangar mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa. På den måten er livsløpsperspektivet tydeleg, sjølv om det meir overordna blikket på kva livsløpsperspektivet vil seie ikkje er like framtrekande. Ut over dette og at det er etablert nokre faggrupper på tvers av team, har omorganiseringa i liten grad medverka til meir fagleg samarbeid eller bruk av personalressursar på tvers i den daglege verksemda. Habiliteringstenesta framstår ikkje som ei einig med felles identitet, korkje i tenesta sjølv eller utetter. Tilsette i andre avdelingar, som habiliteringstenesta samarbeider med i helseforetaket, og tilsette i det kommunale hjelpeapparatet opplever også i liten grad at samorganiseringa har kome til uttrykk overfor dei. Dei som arbeider i habiliteringstenesta ser likevel eit stort potensial og er positive til å gjere meir ut av den organiseringa som er valt, men er bekymra for i kva grad det vil innebere meirarbeid.

Samarbeidet med andre tenester i Helse Sunnmøre fungerer for det meste bra, men utfordringar dukkar opp når det er snakk om diagnoser som ligg i grenseland mellom dei ulike tenestene, eller i tilfelle det gjeld dobbeldiagnoser. Utfordringane dreiar seg i større grad om system, rutinar og organisering enn om samarbeidsproblem mellom faggrupper

eller tenestene i og for seg. At habiliteringstenesta er representert med visse faggrupper, ser ut til å vere viktig både for arbeidet internt i tenesta og for samarbeidet med andre avdelingar og med kommunane. Tilsetjing av lege i vaksnehabiliteringa viser det.

I samarbeidet med kommunane er det nødvendig med dialog både i utgreiingsfasar og med tanke på korleis kommunane skal følgje opp brukarane. I dette samarbeidet må både kommunar og habiliteringstenesta ha realistiske forventningar til kvarandre. Foreldre gir uttrykk for ulike erfaringar med tenestene. Dei synest at habiliteringstenesta arbeider godt med overgangar mellom barnehabilitering og vaksnehabilitering, slik både tilsette sjølve og kommunane også opplever det.

Både foreldre og tilsette i hjelpeapparatet i kommunane meiner at habiliteringstenesta oftare må spele på kompetansen som finst i eiga teneste og på andre fagmiljø og tredjelinetenesta. Elles meiner dei at ansvars- og rollefordelinga mellom det kommunale hjelpeapparatet og habiliteringstenesta i større grad må vere avklara.

Innhald

Forord	3
Samandrag	5
Innhald	7
1 Innleiing	9
1.1 Om habiliteringstenesta i Helse Sunnmøre.....	9
1.2 Utfordringar i habiliteringstenesta i Helse Midt-Norge.....	11
1.3 Evalueringa av seksjon for habilitering	12
1.4 Om rapporten	12
2 Problemstillingar og datagrunnlag	13
2.1 Tema og problemstillingar.....	13
2.2 Datagrunnlag og metode.....	13
2.2.1 Habiliteringstenesta Helse Sunnmøre.....	14
2.2.2 Samarbeidsaktørar Helse Sunnmøre.....	15
2.2.3 Kommunar	15
2.2.4 Foreldre/nærpersonar	16
3 Habilitering og habiliteringstenesta	17
3.1 Habilitering	17
3.2 Habilitering for barn og habilitering for vaksne	18
3.3 Habiliteringstenesta	19
3.3.1 Organisering av habiliteringstenestene.....	19
DEL 1	21
4 Samorganisering av habiliteringstenestene, Helse Sunnmøre	21
4.1 Vurderingar av prosessen	21
4.2 Forventningar og tankar om samanslåinga	23
4.3 Synspunkt på alternativa.....	24
4.4 Leiing.....	26
4.5 Meir samarbeid og fagleg styrka teneste?	28
4.5.1 Livsløpsperspektivet og overgangar	30
4.6 Samarbeidspartar i Helse Sunnmøre – synspunkt på organiseringa	31
4.7 Tilsette i kommunar – synspunkt på organiseringa	33
4.8 Foreldre/nærpersonar - synspunkt på organiseringa.....	35
4.10 Oppsummering: Erfaringar med samorganiseringa.....	36
DEL 2	39
5 Samarbeidsaktørar i Helse Sunnmøre	39

5.1 Innleiing	39
5.2 Erfaringar med samarbeidet.....	41
5.2.1 Gråsoner, koordineringsbehov og forankring.....	41
5.2.2 Legen som katalysator?	44
5.3 Oppsummering	45
6 Det kommunale hjelpeapparatet	47
6.1 Bruk av habiliteringstenesta og erfaringar med samarbeidet	47
6.1.1 Dialogen.....	48
6.1.2 Forventningar til habiliteringstenesta	51
6.1.3 Støtte og rettleiingsbehov	53
6.2 Tilsette i seksjon for habilitering si vurdering av samarbeidet med kommunane.....	56
6.3 Oppsummering: samarbeid mellom habiliteringstenesta og kommunar	59
7 Foreldre/nærpersonar	61
7.1 Innleiing.....	61
7.2 Kontakt og erfaringar med habiliteringstenesta.....	61
7.2.1 Kontakt	61
7.2.2 Erfaringar	62
7.3 Oppfatningar om samarbeidet mellom habiliteringstenesta og kommunen	64
7.4 Oppsummering foreldreperspektivet	65
8 Oppsummering og vegen vidare.....	67
8.1 Innleiing	67
8.2 Organisering av habiliteringstenesta.....	67
8.3 Samarbeid med andre tenester i Helse Sunnmøre	69
8.4 Samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet	69
8.5 Foreldreperspektivet	70
8.6 ”Oj, går det an?”	70
Referansar	71
Vedlegg – intervjuguide	72

1 Innleiing

1.1 Om habiliteringstenesta i Helse Sunnmøre

Habiliteringstenesta i Helse i Sunnmøre består av ein seksjon med to team (barnetemaet og vaksenteamet) og er organisatorisk plassert ved barneavdelinga, Ålesund sjukehus.¹ Dei andre seksjonane ved barneavdelinga er barnemedisinsk sengepost, barnepoliklinikk og neonatal intensiv seksjon. Før 2004 var barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa to seksjonar i kvar sine avdelingar. Barnehabiliteringa i barneavdelinga og vaksenhabiliteringa i avdeling for fysikalsk medisin- og rehabilitering ved Ålesund sjukehus.

Barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa var slått saman i 2004, i seksjon for habiliteringa, barneavdelinga, Ålesund sjukehus, men med samlokalisering først frå juni 2006. Det var fleire grunnar til omorganiseringa, mellom andre at livsløpsperspektivet og samarbeidet mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa skulle bli tydlegare i habiliteringsarbeidet, at vaksenhabiliteringa ikkje fungerte tilfredsstillande i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og at det var ønskeleg med færre leiarar i organisasjon Helse Sunnmøre.

Seksjon for habilitering består av to sjølvstendige team med ein felles seksjonsleiar. Kwart team har ein teamkoordinator. Seksjon for habilitering har eit seksjonsråd, der det er valde representantar for dei tilsette i dei to team, overlege frå kvart team, seksjonsleiar og avdelingssjef.

Barneteamet

Barneteamet består av seksjonsoverlege, barnelege, spesialpedagogar, sjukepleiarar, vernepleiarar, sekretær, musikkterapeut, logoped, ergoterapeutar, fysioterapeutar, spesialpsykolog, sosionomar, sosialpedagog. Teamet hadde miljøarbeidar, som har slutta, men som ikkje er erstatta. Teamet har heimlar for to psykologstillingar, men ein av psykologane er for tida i permisjon. Til saman er det ved barneteamet

¹ Sjølv om habilitering også omfattar det arbeidet som kommunar og andre aktørar gjer innanfor dette feltet, kjem vi i denne rapporten til å bruke "habiliteringstenesta" om arbeidet som er knytt til helseforetak sine habiliteringstenester, og meir spesifikt seksjon for habilitering i Helse Sunnmøre.

budsjettert med 18,10 stillingar (jf årsmelding 2007), som inkluderer stillinga til seksjonsleiaren.

Barneteamet dekkjer alle sunnmørskommunane og i tillegg fire romsdalskommunar (Rauma, Vestnes, Midsund og Sandøy). I tilfelle der det er trong for kompetansen som barnehabiliteringsteamet i Helse Sunnmøre har, yter barneteamet også tenester til andre kommunar i Helse Nordmøre og Romsdal. I 2007 gav barneteamet ved seksjon for habilitering tilbod til 33 av kommunane i fylket, men dei fleste teneste galdt kommunane sør for Romsdalsfjorden (sunnmørskommunane, Vestnes, Rauma, Midsund og Sandøy). Tenester som var gjevne til barn frå Romsdal og Nordmøre var hovudsakleg deltenester i saker som barnehabiliteringa ved Kristiansund sjukehus arbeidde med (jf årsmelding 2007)

Vaksenteamet

Vaksenteamet består av vernepleiarar (3, 8 stillingar som er den største faggruppa), fysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar, lege, spesialpedagog, pedagog og sekretær. Ei stilling som spesialpsykolog er vakant. Til saman er det budsjettert med 10,4 stillingar (jf Årsmelding 2007).

Vaksenteamet dekkjer alle sunnmørskommunane. Før samorganiseringa med barnehabiliteringa, samarbeidde vaksenhabiliteringa i Helse Sunnmøre med vaksenhabiliteringa i Helse Nordmøre og Romsdal (HNR) om enkeltsaker.

I handlingsprogrammet for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering (Helse Midt-Norge 2004) vert mangel på lege og psykolog framheva som ei særleg utfordring i Helse Sunnmøre. Lege er på plass, men psykolog manglar framleis. Såleis kan ikkje tenesta fullt ut yte tenester på spesialistnivå.

Målgrupper for habiliteringstenesta er:

- Brukarar : barn, unge og vaksne som treng spesialisert habiliteringstilbod
- Nærpersonar
- Kommunale tenester
- Eiga tenesta

Hovudmåla med habiliteringstenesta er å:

- Gje spesialiserte habiliteringstilbod med heilskapleg diagnostiserings- og utgreiingsarbeid, ambulante og polikliniske tenester.
- Vere med å bygge opp kompetanse og meistringsstrategiar i det miljøet der brukaren får sitt omsorgs, opplærings- og behandlingstilbod
- Drive systemretta arbeid for tilrettelegging av gode lokale tilbod for brukarane, dette skal gjerast i samarbeid med kommunale instansar.
- Styrke kompetansen i kommunane.
- Utvikle kompetanse (i habiliteringstenesta) i tverrfagleg arbeid og innanfor det enkelte fagområdet.

1.2 Utfordringar i habiliteringstenesta i Helse Midt-Norge

I følge Handlingsprogrammet for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge (Helse Midt-Norge 2004) står desse tenestene overfor mange utfordringar. Mellom andre vert desse utfordringane nemnde:

- Tenestene har behov for systematiske faglege løft
- Samarbeidet mellom ulike aktørar er ikkje godt nok utvikla
- Det er ikkje tilstrekkeleg oppfølging av pasientar etter utskriving, ikkje minst gjeld dette plassering av ansvar for oppfølging
- Det er ikkje god nok samanheng i tiltakskjeder og nettverk
- Samarbeid og samhandling mellom barnehabilitering og vaksenhabilitering, og mellom habiliteringstenestene og rehabiliteringstenestene viser ikkje att i organiseringa av tenestene.

Handlingsplanen (Helse Midt-Noreg 2004) framhevar mellom andre følgjande som tiltak i oppfølging og iverksetjing av planen:

- Fagleg løft: Det eit mål at det skal vere minimum ei stilling for overlege og to stillingar for psykolog ved barnehabiliteringa i kvart helseforetak. Det vil seie at barneteamet i Helse Sunnmøre skal ha minst ein overlege og to psykologstillingar.
- Samarbeid og samhandling med kommunane.
- Samarbeid med andre spesialisthelsetenester: Til dømes skal personar med funksjonshemming med psykiatrisk tilleggsproblematikk ha same rett til helsehjelp frå psykiatrien som andre, og habiliteringstenesta skal ha hovudansvar for å ta i mot tilvisingar og koordinere tenestetilbod frå spesialisthelsetenesta for personar med gjennomgripande utviklingsforstyrring.
- Organisering av habiliteringstenestene.

Samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa i Helse Sunnmøre er eit forsøk på å heve kvaliteten på habiliteringstenester gjennom eit organisatorisk grep,

1.3 Evalueringa av seksjon for habilitering

I tilknytning til avgjerda om samorganisering av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa i Helse Sunnmøre, vart det bestemt at erfaringane med denne organiseringa skulle evaluerast etter eit tid. Møreforsking Volda fekk oppdraget med evalueringa. Hovudføremålet med evalueringa har vore å undersøke kva erfaringar ulike aktørar har med dagens organisering, og å prøve å skaffe informasjon om positive og negative effektar/konsekvensar av denne omorganiseringa. Evalueringa har hatt fokus både på administrative, organisatoriske og faglege sider ved omorganisering av tenesta. I tillegg til det som gjeld omorganiseringa, har evalueringa også fokusert på habiliteringstenesta meir generelt, ikkje minst når det gjeld korleis kommunar, andre avdelingar i helseforetaket og foreldre/pårørande vurderer tenesta.

1.4 Om rapporten

Rapporten byggjer altså på evalueringa av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre. Møreforsking Volda har gjennomført evalueringa på oppdrag for Helse Sunnmøre. Samorganisering av vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa i ein seksjon for habiliteringa ved barneavdelinga, Ålesund sjukehus, er utgangspunktet for evalueringa, og dermed også hovudfokus i rapporten. I tillegg til å studere erfaringar med og verknader av samorganiseringa, er også habiliteringstenesta meir generelt evaluert. Presentasjonen av resultat frå evalueringa er delt i to deler, der evalueringa av samorganisering utgjer del 1 av rapporten, medan evalueringa av seksjon for habilitering meir generelt, utgjer del to av rapporten.

2 Problemstillingar og datagrunnlag

2.1 Tema og problemstillingar

Tema og problemstillingane i evalueringa av samorganisering av vaksenhabilitering og barnehabilitering i Helse Sunnmøre har vore:

- Prosessen rundt omorganiseringa
- Korleis vurderer tilsette og brukarar omorganiseringa; organisatorisk og administrativt?
- Korleis har omorganiseringa påverka samarbeidet og forholdet mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa?
- I kva grad og korleis har omorganiseringa medverka til meir føremålstenleg bruk av personellressursar (tilsette) i habiliteringstenesta?
- I kva grad og på kva måtar har omorganiseringa lagt grunnlag for ei fagleg sterkare habiliteringsteneste, slik tilsette og brukarar opplever det?
- I kva grad og på kva måtar har omorganiseringa medverka til at dei tilsette i habiliteringstenesta og brukarar i kommunane (tilsette i kommunane) i større grad legg livsløpsperspektivet til grunn for arbeidet?
- Korleis oppfattar foreldre omorganiseringa? Korleis kjem eventuelle endringar til uttrykk overfor denne brukargruppa?

I tillegg har dette vore tema i evalueringa:

- Samarbeid og koordinering mellom kommunen og seksjon for habilitering (inkludert korleis habiliteringstenesta arbeider overfor kommunane)
- Foreldre/nærpersonar sine vurderingar av habiliteringstenesta
- Kvalitet i habiliteringstenesta
- Samarbeid mellom seksjon for habilitering og andre tenester i Helse Sunnmøre ²

Ulike informantgrupper er intervjuar for at vi skulle få belyst alle problemstillingane, men også for at ei og same problemstilling skal vere belyst frå ulike sider.

2.2 Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget er først og fremst tufta på intervju. Både individuelle personlege intervju, gruppeintervju og telefonintervju er brukt. Informantar er tilsette i habiliteringstenesta, tilsette i ulike deler av det kommunale hjelpeapparatet, samarbeidsaktørar i Helse Sunnmøre og

² I denne evalueringa gjeld dette gjeld først og fremst vaksenpsykiatrien og psykisk helsevern for barn og unge.

foreldre/pårørande. Elles er dokument som verksemdsplanar, årsmeldingar ol også kjelder i evalueringa.

Oversikt over intervju:

- Barneteamet: 8 intervju/personar
- Vaksenteamet: 6 intervju/personar
- Seksjonsleiing: 2 intervju/personar (noverande og tidlegare leiar)
- Samarbeidsaktørar i Helse Sunnmøre:
 - Barneavdelinga: 1 intervju/person
 - Fysikalsk medisin og rehabilitering: 1 intervju/person
 - DPS Volda: 1 intervju/person
 - Psykiatrisk poliklinikk Ålesund: 1 intervju/person
 - Psykisk helsevern barn og unge, BUP Volda: 1 intervju/person
 - Psykisk helsevern barn og unge, BUP Ålesund 1 intervju/person
- Kommunar: fem gruppeintervju med til saman 16 personar og tre telefonintervju (tre personar).
- Foreldre : intervju med fire foreldre og eitt hjelpeverje

Samla er det altså gjennomført 35 intervju med 46 informantar.³

Det var gjort eit val om ei kvalitativ tilnærming i datainnsamlinga. Ei kvalitativ tilnærming kan gi betre grunnlag enn ei kvantitativ tilnærming, med tanke på å få fram forklaringar og vurderingar rundt oppfatningane om omorganiseringa. Forklaringar/vurderingar er viktige som utgangspunkt for å vidareutvikle det som fungerer godt og kunne endre det som ikkje fungerer føremålstenleg.

2.2.1 Habiliteringstenesta Helse Sunnmøre

Utvalet informantar var tufta på to hovudkriterium: For det første å sikre variasjon i fagbakgrunn og type stilling, for det andre at flesteparten av informantane har vore tilsette i habiliteringstenesta både før og etter omorganiseringa. 16 tilsette ved seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre er intervjua. Tema/problemstillingar som har vore belyst i desse intervjuar går fram av vedlagde intervjuguide.

³ Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitskapleg Datateneste (NSD).

2.2.2 Samarbeidsaktørar Helse Sunnmøre

Avdelinga der vaksenhabiliteringa var tidlegare (fysikalsk medisin og rehabilitering) og avdelinga der seksjon for habilitering er plassert pr i dag (barneavdelinga) var naturlege informasjonskjelder. Elles er psykisk helsevern for barn og unge og vaksenpsykiatrien valt som relevante samarbeidsaktørar og informasjonskjelder. Fleire samarbeidsaktørar kunne sjølvsagt vore intervju, men på grunn av tidsramme og økonomisk ramme i prosjektet, var det ikkje mogleg å gå vidare ut. Vurderingar av kva som var mest aktuelle avdelingar og informantgrupper i Helse Sunnmøre, vart gjort i samråd med leiinga ved seksjon for habilitering. Men det endelege valet av informantar er gjort av Møreforskning Volda. Til saman er seks representantar frå samarbeidsaktørar i Helse Sunnmøre intervju. Sjå elles vedlagde intervjuguide.

2.2.3 Kommunar

Seksjon for habilitering i Helse Sunnmøre femner alle sunnmørskommunane og fire romsdalskommunar. I evalueringa er det gjort eit utval på fem kommunar. Desse er valde med utgangspunkt i at dei har brukt habiliteringstenesta i relativt stor grad, og med tanke på å sikre variasjon i kommunestorleik. Ein anna tilnærming til utvalet kunne vere å ha med kommunar som bruker tenesta i liten grad, og prøve å finne ut kvifor. Men i og med at evalueringa har fokus på erfaringar og samarbeid med tenesta, valde vi å ha med kommunar som bruker tenesta relativt mykje og som dermed har erfaringar og synspunkt å formidle.

Informantar i kommunane er personar som i tilknytning til arbeidet sitt er i kontakt med habiliteringstenesta (vaksenteamet og/eller barneteamet). Aktuelle informantgrupper varierer frå kommune til kommune, alt etter kva instansar som er relevante for dei brukarane som er i kvar av kommunane. Informantar har vore tilsette i PPT, i kommunale bueiningar, leiarar i pleie- og omsorg, helsesøstrer, tilsette i oppvekstsektoren o.a. Datainnsamlinga i kommunane er tufta på gruppeintervju. I kvart intervju har det vore frå to til fem informantar. Tidspunktet for gruppeintervju passa ikkje for alle informantane, og dei det gjeld, som er tre informantar, er intervju på telefon. Til saman er det gjennomført intervju med 19 tilsette i kommunane, inkludert tilsette i PPT. Hovudtema i intervju går fram av vedlagde intervjuguide.

2.2.4 Foreldre/nærpersonar

Foreldre eller andre nærpersonar er viktige informantar når det gjeld å vurdere habiliteringstenesta. Vi har intervjuet fem foreldre/nærpersonar. Vi ville gjerne snakke med fleire, men det viste seg at det var vanskeleg å få gjennomført intervju med fleire foreldre/nærpersonar innanfor det tidsperspektivet som evalueringa hadde. Det er såleis ikkje snakk om eit representativt utval. Men sjølv om det er få, er meiningane deira likevel viktige døme på nokre foreldre sine erfaringar med tenesta. Felles for desse er at dei har vore i kontakt med og fått oppfølging både frå barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa. (Sjå elles vedlagde intervjuguide).

Før vi går inn på resultat frå evalueringa, vil vi kome litt nærare inn på habiliteringsfeltet. Kva er habilitering og kva veit ein om organisering av habiliteringstenestene elles.

3 Habilitering og habiliteringstenesta ⁴

3.1 Habilitering

Habiliteringsomgrepet er relativt nytt, og er mindre kjent for dei fleste enn til dømes rehabilitering. I ein studie av habiliteringstenesta for vaksne går Willy Lichtwarck nærare inn i diskusjonen av omgrepa habilitering og rehabilitering (Lichtwarck 1999), der han viser til at somme meiner at det i prinsippet ikkje kan skiljast mellom habilitering og rehabilitering (Lie 1996 i Lichtwarck 1999), medan andre meiner det er nødvendig å skilje mellom habilitering og rehabilitering fordi det spelar ei rolle om ei funksjonshemming er medfødd, oppstår tidleg eller er erverva seinare i livet (Tetzchner 1992 i Lichtwarck 1999). I det første tilfellet vil det vere snakk om habilitering, i det andre tilfellet om rehabilitering. Ei tilnærming til omgrepa er at habilitering er arbeidet med konsekvensar av medfødd eller tidleg erverva sjukdom, skade eller lyte, medan rehabilitering er arbeidet med konsekvensar av sjukdom eller skade som har oppstått etter normalutvikling (Vøllo 2007).

I forskrift om habilitering og rehabilitering (Sosial- og helsedepartementet 2001) vert det ikkje skilt mellom habilitering og rehabilitering, som vert definert på følgjande måte:

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

Habilitering er såleis planmessig arbeid og tiltak for å støtte og utvikle funksjonsevna. Siktemålet er størst mogleg grad av sjølvstende og livskvalitet på egne premisser hos menneske med medfødde eller tidleg erverva funksjonshemming. Habilitering omfattar tilrettelegging av tiltak både på individ- og systemnivå. Fleirfagleg og tverretatleg samarbeid er sentrale stikkord i habiliteringsarbeid.

⁴ I dette kapittelet er det habilitering og habiliteringstenester generelt som vert drøfta, og ikkje det som gjeld seksjon for habilitering Helse Sunnmøre spesielt.

3.2 Habilitering for barn og habilitering for voksne

Habiliteringsarbeid har gått føre seg lenge før egne habiliteringstenester vart etablert. Spesialskular for barn med ulike funksjonshemmingar, som til dømes for blinde og døve, kan sjåast på som det første organiserte arbeidet med habilitering for barn. Etter kvart vart det bestemt at alle barn skulle vere ein del av det same skulesystemet (grunnskulelova 1975), og det vart behov for habiliteringsarbeid forankra i fylke og kommunar. HVPU-reforma (helsevern for psykisk utviklingshemma), som innebar avvikling av særomsorga for psykisk utviklingshemma, la til grunn at alle barn skulle få sine helsetenester innanfor det ordinære tenesteapparatet. Reforma la opp til eit forpliktande samarbeid mellom habiliteringsteam (då fylkeskommunale) og kommunale instansar.

Habiliteringstenesta for barn er ei spesialisthelseteneste som er bygd opp for barn med alvorleg funksjonshemming og kronisk sjukdom. Tenesta er tverrfagleg og har særskild kompetanse når det gjeld diagnostisering og tilrettelegging. Tenestetilbodet er hovudsakleg poliklinisk. Ein stor del av dei polikliniske tenestene vert gitt som utoverretta tilbod til barn og familie, kombinert med rettleiing av kommunalt personell.

Habiliteringstenesta for barn skal gje tilbod til alle barn med nedsett funksjonsevne som har behov for tverrfaglig tilbod på spesialisert nivå. Målgrupper for barnehabiliteringstenester er barn med funksjonshemming og kronisk sjukdom som treng tverrfaglege, omfattande tenester. Barn med nevrologisk betinga sjukdom eller skade utgjer hovudtyngda (Sommar 2001). Ansvarsfordelinga for barn med AD/HD og barn med autisme varierer mellom helseregionar/foretak. I nokre fylke er psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ansvarleg for denne gruppa, i andre fylke er det barnehabiliteringstenesta eller andre team som har hovudansvaret for desse.

Barnehabiliteringa femner større breidde i diagnosar/skader/sjukdom enn tilfellet er i vaksnehabiliteringa.

Barn og unge er knytte til habiliteringstenesta for barn fram til dei er 18 år (nokre stader til dei er 16 år, jf Sommer 2001). Etter det er kommunen koordinerande instans, med spesialisthelsetenesta som supplement og råd- og rettleiingsinstans.

3.3 Habiliteringstenesta

Habiliteringstenesta vart etablert som ei følgje av reforma helsevern for psykisk utviklingshemma (HVPU-reforma). Forskrift om habilitering og rehabilitering (Sosial- og helsedepartementet 2001) seier at det skal vere ei koordinerande einig i spesialisthelsetenesta.

Habiliteringstenesta skal yte tenester til brukarar og til hjelpeapparatet rundt den enkelte brukar, til dømes overfor det kommunale hjelpeapparatet. I tillegg har tenesta eit generelt råd- og rettleiingsansvar overfor førstelinetenesta. Eininga skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstenesta i kommunehelsetenesta. Utgangspunktet er at kommunane har primæransvaret for habiliteringstilbodet til den enkelte, og at spesialisthelsetenestene skal fungere som supplement, i tillegg til å gje spesialiserte tenester.

Habiliteringstenesta er altså ei relativt ny, og for mange ukjent teneste, som på sett og vis framleis er under oppbygging. Alle helseregionane har habiliteringstenester i dei ulike foretaka. Seksjon for habilitering Helse Sunnmøre er ei av desse.

3.3.1 Organisering av habiliteringstenestene

Tradisjonelt har det vore både eit fagleg og eit organisatorisk skilje mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa. Barnehabiliteringa har for det meste vore organisert innanfor pediatri/barneavdelingar, medan vaksenhabiliteringa ikkje har vore knytt til éin legespesialitet. Både nevrologi, psykiatri og fysikalsk medisin og rehabilitering er døme på spesialitetar, som habiliteringstenesta har vore kopla mot. I somme tilfelle har habiliteringstenesta også vore organisert som eiga einig, utan organisatorisk tilknytning til nokon legespesialitet. Med utgangspunkt i eit slikt skilje mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa har habiliteringstenesta ikkje vore oppfatta som éi teneste, men som to separate tenester. Dette kan ha medverka til at livsløpsperspektivet ikkje har vore tilstrekkeleg framtrudande i tiltak og tenester overfor brukarane, og det kan ha svekka grunnlaget for ei fagleg sterkare teneste. Kanskje kan det også ha medverka til vanskar med å rekruttere fagfolk til tenesta, og i særleg grad legar og psykologar til vaksenhabiliteringa.

I ei kartlegging av habiliteringstenesta for vaksne (Lichtwarck, Handegård, Bliksvær 2005) går det fram at overgangen mellom barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa er problematisk. Mellom anna tek det for lang tid å kome inn under vaksnehabiliteringstenesta, tenesta er for usynleg. Konklusjonen er at det hadde vore meir tenleg for brukarane om barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa var organisert i same eining. Noko som nettopp er noko av argumentet for samorganisering av barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa i Helse Sunnmøre.

DEL 1

Del 1, som består av kapittel 4, handlar hovudsakleg om korleis tilsette i habiliteringstenesta har opplevd prosessen rundt omorganiseringa, og kva erfaringar dei har med organiseringa. Men kapittelet tek også for seg korleis samarbeidspartar i andre deler av spesialisthelsetenesta og i kommunane vurderer samorganiseringa av vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa. Det vert belyst ut med utgangspunkt i intervju med informantar frå alle desse aktørane.

4 Samorganisering av habiliteringstenestene, Helse Sunnmøre

4.1 Vurderingar av prosessen

Før omorganisering var altså vaksenhabiliteringa ein seksjon i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Spørsmålet om omorganisering av habiliteringstenesta kom opp mellom anna som konsekvens av interne konflikhtar og opplevde kulturskilnader med den organiseringa som var.

...fordi vi såg utfordringar i ulike kulturar i tillegg til ulik plassering. Det var også nokre konflikhtar internt i vaksenhabiliteringa som hadde prega habiliteringstenesta i mange år. Det voks fram ei haldning om at dette ikkje var ein optimal organisering.⁵

Ein gjennomgang av organiseringa i Helse Sunnmøre meir generelt, spelte også ei rolle for prosessen som var sett i gang rundt habiliteringstenestene. Årsakene til at spørsmålet om omorganisering kom opp skal vi ikkje gå nærare inn på, men korleis prosessen rundt omorganiseringa vart oppfatta av dei tilsette vert belyst nedanfor.

Flesteparten av informantane formidlar at dei ikkje var med i ein prosess knytt til om omorganiseringa av habiliteringstenesta. Dei ser det slik at det vart gjort eit vedtak, som avdelinga måtte forholde seg til. Prosessen gjekk relativt raskt og det var lite tid til å diskutere dette blant dei tilsette. Diskusjonane kom såleis i størst grad etter at vedtaket var gjort.

⁵ Sjølv om mange av informantane er bokmålsbrukarar, er alle sitata omsette til nynorsk, men på ein slik måte at innhaldet ikkje endrar mening. Å velje ei språkform er gjort for å auke anonymiteten i materialet, og nynorsk er valt fordi rapporten elles er skriven på nynorsk.

Diskusjonane viste at det var skepsis å spore blant dei tilsette i avdelinga, og fleire var spente på om det kunne fungere. Ein informant nemner at måten dette skjedde på innebar at omorganiseringa vart vedteken og sett i verk utan ”krig”, men at det på same tid kan ha medverka til eit dårlegare utgangspunkt for samorganiseringa, enn det kanskje kunne vore ved ein meir inkluderande prosess.

Sitatet nedanfor stadfestar ei oppfatning som dei fleste informantane har av prosessen.

Det skjedde fort og gale slik eg opplevde det, fekk høyre at vi skulle slåast saman. Vi fekk høyre at det var snakk om samanslåing og så var vi plutselig slått saman. Og at det skulle vere felles leiar for begge teama (vaksen og barn). Eg tenkte at det kunne vere positivt, bli betre kjende, ha meir saker felles. Eg tenkte at det måtte bli greitt. For vi snakkar så fint om habilitering i eit livsløpsperspektiv.

Mange vart overraska over vedtaket om samanslåing av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, mellom anna fordi dei ikkje kjende til at det var andre helseforetak som hadde slik organisering:

”Oj, går det an?” var min første reaksjon. Men så tenkte eg at det var spennande, særleg når det galdt livsløpsperspektivet.

Sjølv om somme stiller spørsmål ved kva som eigentleg låg til grunn for omorganiseringa, er det relativt mange i barnehabiliteringa som formidlar at dei var positive til samorganiseringa. Det ser ut til at organiseringa var aller mest diskutert blant dei tilsette i vaksenhabiliteringa. Det kan ha samanheng med at noko av utgangspunktet for omorganiseringa var at plasseringa i fysikalsk medisin og rehabilitering ikkje fungerte tilfredsstillande for vaksenhabiliteringa, og at det i liten grad var aktuelt med eit alternativ som medførte flytting av barnehabiliteringa. Såleis innebar omorganiseringa kanskje større endringar for vaksenhabiliteringa enn for barnehabiliteringa. I vaksenteamet var det mykje diskusjon, og det var fleire som var i mot at vaksenteamet skulle inn i barneavdelinga, og som meinte at samorganisering med psykisk helsevern ville vere meir føremålstenleg. Men for somme i vaksenhabiliteringa var livsløpsperspektivet og ei fagleg sterkare teneste viktige argument for samorganisering med barnehabiliteringa.

I vaksnehabiliteringa gjekk altså diskusjonane ikkje på om det var behov for omorganisering, men meir på kva som ville vere den beste plasseringa for vaksnehabiliteringa, noko vi kjem tilbake til seinare i kapitlet.

Hovudinstrykket er altså at dei tilsette ikkje var sterkt involverte i prosessen rundt omorganiseringa. I følgje tilsette i seksjon for habilitering var det ikkje lagt opp til breie, inkluderande prosessar når spørsmålet om omorganisering kom opp. Det var diskusjonar blant dei tilsette, og det vart informert, men det var ikkje medverknad frå dei tilsette ut over det som skjedde i styret og råd, der tilsette er representert. Somme meiner at meir demokratiske prosessar ville gjort arbeidet med organiseringa vanskeleg, og kanskje ført til konflikhtar. Men dei ser samstundes at grunnlaget for samarbeid mellom vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa kunne vore betre dersom spørsmålet om samorganisering hadde vore grundigare diskutert i forkant av samanslåinga.

4.2 Forventningar og tankar om samanslåinga

Dei tilsette, innanfor dei to team, hadde ulike forventningane til samanslåinga, men skiljet i forventningar var nok størst mellom dei to teama. Tilsette i vaksnehabiliteringa opplevde at det ikkje var eit sterkt ønske frå barnehabiliteringa å bli slått saman med vaksnehabiliteringa. Dei viser også til at vaksnehabilitering tradisjonelt har hatt ein annan posisjon i systemet enn barnehabilitering har hatt, og at det har vore ulike kulturar. Somme tilsette i vaksnehabiliteringa frykta altså å kome i skuggen av barnehabiliteringa, fordi dei opplever at det er meir fokus på barn. Men frykta for å tape noko, var også til stades hos tilsette i barnehabiliteringa. Somme var usikre på kva konsekvensar samorganiseringa ville ha for deira teneste, og dei frykta at dei kanskje kunne tape på det. Kva dei var redde for å tape er informantane lite konkrete på, men uvissa var mellom anna knytt til kva konsekvensar samorganiseringa ville ha når det galdt leiing.

At det var vaksnehabiliteringa som skulle flyttast til ei avdeling der barneteamet allereie var plassert, medverka nok til større forventningar om tilpassing og endring for vaksnehabiliteringa enn det gjorde for dei tilsette i barnehabiliteringa. Intervju med tilsette i barnehabiliteringa stadfestar dette, mellom anna vert det gitt uttrykk for ei haldning om at

vaksenhabiliteringa kanskje hadde meir å vinne på samorganiseringa enn barnehabiliteringa. Informantar i vaksenhabiliteringa seier også at dei i stor grad opplevde det slik.

Omorganiseringa innebar at vaksenhabiliteringa skulle inn i ei avdelinga, der barnehabiliteringa allereie var godt etablert, og at dei også fysisk skulle flytte til lokale der barnehabiliteringa frå før var lokalisert. Det gjorde at endringane for vaksenhabiliteringa kanskje ville bli større enn for barnehabiliteringa, men tilsette i vaksenhabiliteringa opplevde også forventningar om andre typar tilpassing:

Det vart meir at vårt vesle team skulle tilpasse oss den medisinske, barnehabiliteringstradisjonen, meir enn å ta vare på den tradisjonen vi stod for.

Tilsette, både i vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa, erkjente at dei representerer ulike tradisjonar og tilnærmingar, og var såleis opptekne av kva konsekvensar samorganiseringa ville ha for deira teneste og situasjon. Sjølv om somme var skeptiske og helst skulle ønske ei anna organisering, oppfattar vi det slik at dei tilsette i hovudsak var positive, på den måten at dei ville gjere det beste ut av situasjonen. Fleire meinte også at samanslåinga kunne vere bra for arbeidet både i barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, fordi det kunne føre til meir fokus på livsløpsperspektivet og medverke til ei fagleg sterkare teneste elles. Ikkje minst kunne habiliteringstenesta kanskje bli meir attraktiv med tanke på rekruttering av fagfolk. Korleis det ville fungere med felles leiinga var eit spørsmål som opptok mange, og som er ei av sidene ved samorganiseringa som svært mange av dei tilsette hadde klare synspunkt på, noko vi kjem tilbake til i punkt 4.4. Men før vi går inn på det, skal vi sjå på tilsette sine oppfatningar om alternative måtar å organisere habiliteringstenesta på.

4.3 Synspunkt på alternativa

Som nemnt, var det hovudsakleg to alternativ som vart diskutert; organisatorisk plassering i barneavdelinga eller innanfor det psykiske helsevernet. Blant brukarar som får tenester frå vaksenhabiliteringa er det i fleire tilfelle slik at desse også er psykisk sjuke, og har trong for tenester frå det psykiske helsevernet, det same gjeld barn og unge, men i nokon

mindre grad. Mange av dei tilsette i vaksenhabiliteringa, meinte det var eit viktig argument for plassering innanfor det psykiske helsevernet framfor barneavdelinga. I følgje informantar i vaksenhabiliteringa var det flesteparten av dei tilsette der som meinte at psykisk helsevern var eit betre alternativ enn barneavdelinga. Men dei kommenterer også kva som er bra med den organiseringa som er valt, og at den har potensial for vidareutvikling.

Alternativa dreia seg om det som helsesystemet forventar. Psykiatri, barneavdelinga eller vaksenhabilitering. Men det var store omleggingar og press i psykiatrien, så det var ikkje slik at der ville vi gjerne vere, sjølv om det kanskje var dei vi fagleg sett ville tene på å vere hos.

Å gjere habiliteringa, som teneste, meir synleg har også vore eit moment i diskusjonane rundt organisatorisk plassering. Nokre av dei tilsette meinte at habiliteringa ville forsvinne og få dårlege vilkår dersom tenesta skulle vere ein del av det psykiske helsevernet. Argumentet var at psykiatri er eit så stort og tungt felt at habiliteringstenesta ville ha vanskeleg for å markere seg der. Kanskje ville habiliteringa bli salderingspost, slik somme tilsette i vaksenhabiliteringa opplevde situasjonen den tida dei var i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Ulike måtar å arbeide på, vert også trekt fram som eit argument mot plassering i det psykiske helsevernet. Argumentet er at habiliteringa ofte kan ta tak i saker raskare enn det som vert gjort i det psykiske helsevernet, og at habiliteringstenesta i mykje større grad arbeider meir tverrfagleg med sakene.

Somme informantar meiner altså at habiliteringa rett og slett vil vere meir synleg som ein del av barneavdelinga enn innanfor det psykiske helsevernet, og at ei samorganisering i barneavdelinga vil sikre betre rammer og redusere sjansen for å bli "salderingspost nr 1".

Ideelt sett ville habiliteringa kanskje bli mest synleg gjennom å vere ei eiga avdeling for habilitering, men det var ikkje oppe som eit reelt alternativ. Somme kom likevel inn på dette, og sa følgjande: "*Når vi blir stor og tung og viktig, då skal vi bli ei eiga avdeling.*" Informanten meiner sjølv at habiliteringstenesta er viktig, men i denne samanhengen (jf sitatet) tenkjer vedkomande på at habiliteringstenesta i større grad skal verte kjent utetter og anerkjent som teneste. Korleis situasjonen hadde vore med ei anna organisering enn dagens, er vanskeleg å seie noko om,

men somme meiner at samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa i seg sjølv er viktigare er organisatorisk plassering:

Trur plassering i barneavdelinga er bra, vanskeleg å tenke seg korleis det ville vore å ligge under psykiatrien. Kan hende det hadde vore like bra. Kanskje betre for vaksen, men ikkje for barn. Veit ikkje. Men trur det er ein styrke at dei to teama er samla, det er viktigare enn kvar det er plassert.

Informanten meiner at det å vere ei samla teneste er viktig for å kunne styrke identiteten til habiliteringsfeltet, og for kanskje å kunne medverke til å gjere tenesta meir kjent, både innanfor Helse Sunnmøre og utetter.

4.4 Leing

Å redusere talet på leiarar var eitt av argumenta for samanslåing. Innanfor den tidlegare organiseringa hadde barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa ein seksjonsleiar kvar, fordi dei då var to seksjonar i kvar sine avdelingar. Samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa i ein seksjon innebar felles leing med ein seksjonsleiar. Seksjonsleiaren har kontor i same etasjen som barneteamet. Leiaren har i utgangspunktet ikkje spesielle dagar eller spesielle tidsressursar til kvart av teama. I følgje informantane har leiaren, utifrå ressursar og rammer, gitt uttrykk for å ville fokusere på dei administrative sidene. Det vil seie at dei faglege vurderingane ligg til seksjonsoverlegen og fagfolk elles. Endringar som samorganiseringa har ført til når det gjeld leing, er ei av sidene ved omorganiseringa som flesteparten av dei tilsette har klare synspunkt på, og som dei meiner er ein av dei mest merkbare konsekvensane.

Dei fleste tilsette erfarer at dei administrative oppgåvene vert ivartekne, sjølv om dei har behov for at den administrativ leinga er meir til stades på deira team. På vaksenhabiliteringa meiner dei at leiaren er for mykje ”nede”, det vil seie hos barnehabiliteringa, og på barnehabiliteringa meiner dei at leiaren er for mykje ”oppe”, det vil seie hos vaksenhabiliteringa. Med andre ord ein klassisk diskusjon. Bekymringa er større når det gjeld fagleg leing. Ei vanleg oppfatning blant dei tilsette er at ein leiar ikkje kan ha kapasitet til å gå inn i arbeidet på ein måte som gjer det mogleg å få godt nok overblikk til å ta rolla som fagleg leiar. Leiarsituasjonen har mellom anna ført til ei bekymring for at det kan bli

mange ”småsjefar”. Til dømes kan det medverke til at tilsette etablerer sine egne system og rutinar for arbeidet. Det kjem altså til uttrykk behov for nokon som har mynde til å ta overordna faglege grep. Behovet ser ut til å vere sterkare i vaksenhabiliteringa enn barnehabiliteringa. Det kan ha samband med at seksjonsoverlegen er knytt til barnehabiliteringa og har overordna fagleg ansvar der. Dei tilsette saknar altså fagleg leiing, men gir samstundes uttrykk for at dei forstår kvifor situasjonen er som han er, og at situasjonen er utfordrande for leiaren.

Dei tilsette opplever at arbeidsoppgåvene til seksjonsleiaren er omfattande og at dei ikkje har tilstrekkeleg kontakt med leiaren, noko leiaren sjølv er fullt klar over og kjenner på.

Barnehabiliteringa har ein seksjonsoverlege, som har lang erfaring og som spelar ei viktig fagleg rolle overfor dei andre i teamet, og som gjer at dei har ein fagleg autoritet dei kan spele på. Behovet for fagleg leiing ser ut til å vere større i vaksenhabiliteringa. Dei tilsette er opptekne av at fagleg leiing er viktig fordi det trengst nokon som har ansvar/mynde til å ta avgjerder om kva rutinar, system og retningslinjer som skal gjelde for arbeidet med ulike saker. Konkrete saker kan diskuteras og vert diskutert mellom dei tilsette, men det er med tanke på dei overordna prioriteringane og det faglege drivet saknet er størst. Uvisse om slike forhold kan påverke arbeidsmiljøet på ein uheldig måte, som nokon meiner er tilfelle i vaksenteamet.

Sjølv om hovudintrykket er at dei tilsette saknar ein fagleg leiar, vert det også formidla andre erfaringar: *”Det å dele seksjonsleiar, slik vi gjer no, trur eg er greitt. Eg merkar ikkje forskjell, og det er ikkje vanskelegare å få tid med leiaren enn det var før.”*

Seksjon for habilitering er ein del av barneavdelinga, og har difor også avdelingsleiaren ved barneavdelinga som fagleg overordna, men det er ikkje ein som dei til dagleg spelar på. Somme meiner likevel at god leiing ved barneavdelinga er ein fordel for habiliteringstenesta, til dømes gjennom posisjonen som barneavdelinga har: *”Det er god leiing ved barneavdelinga i Helse Sunnmøre og det nyt også vi godt av.”*

4.5 Meir samarbeid og fagleg styrka teneste?

Eitt av føremåla med omorganiseringa, er at ho skal medverke til ei fagleg styrka teneste og til meir føremålstenleg bruk av personalressursane. Korleis dei tilsette vurderer spørsmålet om fagleg styrking, er tema i dette avsnittet.

Tilsette viser i liten grad til konkrete erfaringar med meir samarbeid, som konsekvens av samorganisering. Men at det er potensial for meir samarbeid, og at både vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa har noko å tilføre kvarandre fagleg, er det mange tilsette som gir uttrykk for. Tidspress og ulike måtar å arbeide på, knytt både til brukargrupper og arbeidsmåtar, vert trekt fram som moglege barrierar for fagleg samarbeid. Ei anna årsak kan vere at mykje ambulansarbeid kan gjere samarbeid vanskeleg. Mangel på tilgang på visse faggrupper i tenesta, til dømes psykolog, vert også nemnt som ei årsak til at ein ikkje har meir fokus på utviklingsarbeid og samarbeid om det mellom team.

Skilnader mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, både når det gjeld kultur, tradisjon, faglege tilnærmingar og brukargrupper, kan altså vere årsaker til at samarbeid ikkje alltid fell naturleg. Større fokus på diagnostisering og medisin i barnehabiliteringa og meir arbeid ute i felten i vaksenhabiliteringa vert nemnt i den samanhengen.

Knapt med tid til og ressursar er andre moment som vert trekte fram som forklaringar på at det er vanskeleg å skape rom for samarbeid: Manglande lokalitetar (møterom) for fleire fellesaktivitetar vert nemnt som ein barriere for samarbeid. Ressursar, eller snarare mangel på ressursar, er eit stikkord som stadig vert framheva i tilknytning til spørsmålet om fagleg samarbeid og betre utnytting av personalressursane. Ein informant spør om det i dagens økonomiske situasjon er mogleg å vere kreative og tenke nytt.

Sjølv om mange meiner at det ikkje er meir fagleg samarbeid og at samorganiseringa, førebels, ikkje har medverka til ei fagleg styrka teneste, er det somme som erfarer at det er meir samarbeid. Mellom anna meiner dei at overføringsmøta fungerer betre no enn før. Felles faggrupper retta mot ulike arbeidsfelt eller målgrupper (t.d. autisme, familiar, psykisk helse) er det mange som trekker fram som svært positivt, og som dei meiner i stor grad er resultat av samorganiseringa. *”Sånne ting kunne vi hatt meir av, det er spennande”* Ein informant er

usikker på om auka samarbeid er resultat av samorganisering eller samlokalisering. Det vert i alle fall opplevd slik at samlokalisering er svært viktig for auka samarbeid.

Trass i at dei fleste tilsette meiner det førebels ikkje er merkbart meir samarbeid, er mange positive og meiner samorganiseringa er eit betre utgangspunkt enn dei hadde før: *”Positivt at det er eit større fagmiljø, og ein del av problemstillingane er dei same.”*

Fleire hadde forventningar til meir fagleg utveksling i tilknytning til samorganiseringa. Ein informant seier at for å få det til, må det setjast inn ressursar i samarbeidstiltak, og det må vere spesiell fokus på det. Etter kvart kan det så tenkast at fagleg utveksling og samarbeid kjem meir ”naturleg”. Kanskje er utgangspunktet for samarbeid best når det startar med eit prosjekt. Det meiner i alle fall denne informanten: *”Det ser ut til at skal vi få til noko slikt så må det inn i prosjektform, for då vert det meir forpliktande.”* Prosjekt, fagforum, møteplassar og hospitering kan vere moglege grep for å få til auka samarbeid. Men nokre fryktar at meir fokus på samarbeid inneber meirarbeid.

Eit viktig poeng, som det kan vere behov for å drøfte, er kva dei tilsette legg i fagleg samarbeid og større utnytting av personalressursane. Nokre ser ut til å oppfatte dette i retning av at alle skal kunne meir av det same, og meiner det kan svekke spisskompetansen som er viktig, mellom anna for å kjenne seg fagleg trygg. At samarbeid og bruk av personalressursar ikkje skal skje på ein måte som svekker spisskompetansen, er det viktig å få belyst. For å få til samarbeid, ser det også ut til å vere behov for ei avklaring mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa, mellom anna for å skape forståing for arbeidsfelt og arbeidsmåtar.

Sjølv om det er endringar å spore, og mange som er positive og ser potensial for meir fagleg samarbeid, viser evalueringa at samorganisering i liten grad har ført til meir fagleg samarbeid og bruk av personalressursar på tvers. Knapt med tid, faglege skilnader, ulike kulturar og lokaliseringssituasjonen vert nemnt som nokre av barrierane for samarbeid.

Fleire har vore inne på at ein meir inkluderande prosess knytt til omorganiseringa, kunne lagt eit betre grunnlag for fagleg samarbeid mellom team (jf 4.2). Men i kva grad situasjonen hadde vore annleis i

dag med eit anna utgangspunkt, er vanskeleg å vurdere. Det kan i alle fall tenkast at fleire avklaringar, formidling av faglege forventningar, roller, ansvar osv kunne lagt eit betre grunnlag. Dersom det er eit mål å få til meir samarbeid og bruk av personalressursar på tvers, vil ein diskusjon om kva som er føremålet med samarbeid, kva forventningar og oppfatningar dei tilsette har til dette, vere eit godt, og truleg eit nødvendig utgangspunkt.

4.5.1 Livsløpsperspektivet og overgangar

Fagleg styrka teneste og betre utnytting av personellressursar er altså eit føremål med samorganiseringa. Auka fokus på livsløpsperspektivet er ei viktig side ved dette, utan at det kjem klart fram kva som ligg eller skal ligge i eit slikt perspektiv. Men mange tilsette knyter det til samarbeid om overføringssaker.

Som vi såg ovanfor, er nettopp samarbeidet som foregår mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa i stor grad knytt til overføringssaker, og informantane meiner det er gode prosedyrar på det, og at rutine fungerer bra. Informantar, både i vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa, gir altså uttrykk for at dette er ei side ved habiliteringstenesta som dei meiner fungerer tilfredsstillande, sjølv om det alltid er noko som kan bli betre:

For brukaren vil det vere bra viss vi klarer å samarbeide meir på overgangar. Vi synest det er litt tungvint det systemet som vaksenhabiliteringa brukar, dei krev eigne tilvisingar. Det kan vere tungvint for dei som brukar oss. Dei som brukar oss må forholde seg til ulike fagpersonar og nye tilvisingar, og på den måten framstår vi ikkje som ei teneste for dei.

Somme i habiliteringstenesta meiner samarbeidet i overføringssaker har vore godt også før omorganiseringa, og opplever ikkje merkbare endringar. Medan andre altså meiner at det har blitt endå betre som følgje av samorganisering, eller i alle fall som følgje av samlokalisering.

Ein informant seier at det er nødvendig at brukarane får kjennskap til organiseringa av habiliteringstenesta og til skilnadene som er mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa. Det er nødvendig for at dei

skal kunne ha realistiske forventningar. I tilknytning til dette er overføringsmøta ein viktig arena.

Særleg knytt til overgangssaker ser det ut til at habiliteringstenesta har relativt gode rutinar og prosedyrar som fungerer, både for tilsette i barnehabiliteringa, vaksnehabiliteringa, kommunar (jf kp 6) og foreldre (jf kp 7). Når det gjeld fokus på livsløpsperspektivet ut over dette, vert det ikkje arbeidd annleis som følgje av samorganiseringa. Vårt inntrykk er likevel at dei tilsette til ein viss grad er meir bevisste på å tenke livsløp, men det ser ut til å vere behov for å diskutere kva det vil seie å arbeide utifrå eit livsløpsperspektiv. Overgangen frå barn til vaksen, som tenesta vanlegvis tek tak i når barnet er 16 år, er sjølvstendig sentral, men å tenke i livsløpsperspektiv inneber noko meir enn det. Det vil mellom anna seie å byrje å tenke på ungdomsalder og vaksenalder allereie i barneåra.

4.6 Samarbeidspartar i Helse Sunnmøre – synspunkt på organiseringa

I og med at alternativet til organisering av habiliteringstenesta var psykiatrien, har vi først og fremst valt informantar frå det psykiske helsevernet i Helse Sunnmøre når vi skulle spørje informantar i andre avdelingar i helseforetaket om deira synspunkt på organisering av habiliteringstenesta. Informantane er frå vaksenpsykiatrisk avdeling, inkludert distriktpsikiatrisk senter og frå psykisk helsevern for barn og unge i Ålesund og Volda.

Dei vart mellom anna spurde om dei kjende til samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa, og på kva måtar organiseringa eventuelt hadde kome til uttrykk overfor dei. Knapt halvparten av informantane visste ikkje at vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa var samorganisert.

Det ser ut til at samorganiseringa førebels ikkje har kome til uttrykk overfor samarbeidspartane på nokon spesiell måte. På spørsmål om samorganiseringa har ført til at overgangssakene (gjeld dei som også er kopla til psykisk helsevern) frå barn til vaksne har blitt enklare, svarer ein av dei som jobbar med vaksne slik:

Nei, eg kan ikkje seie det, har ikkje visst om det. Vannskiljepasientar har vi innan mange område, det er vanskeleg uansett. Nokre gongar kjem dei for tidleg, eller nokre gongar kjem dei for seint.

Ein informant vil gjerne poengtere at det heller ikkje er så nært samarbeid med habiliteringstenesta, og at det kanskje kan vere ein grunn til at deira teneste ikkje har merka spesielle endringar. Sjølv om dei ikkje har merka samorganisering på nokon konkret måte, så kommenterer ein informant organiseringa, og meiner ho verkar føremålstenleg vurdert i eit livsløpsperspektiv:

Men vi har ein del saker som kjem frå BUP og over hit til vaksenpsykiatrien så eg skjønar at det høyrer fornuftig ut å tenke sånn, men eg har ikkje sett noko av det.

Samorganiseringa med det psykiske helsevernet var eit av alternativa. Informantane har ikkje ytra så sterke meininger om organiseringa, men ein av dei som jobbar innan vaksenpsykiatrien trekkjer fram at fleire møtepunkt kunne vore ein positiv konsekvens av ei slik organisering.

Informantane ser både fordelar og ulemper ved ulike måtar å organisere habiliteringstenestene på. At livsløpstankegangen er ein god tanke, er alle einige om. Men det finst også andre gode argument for andre organiseringsmåtar. Særleg dei som arbeider overfor barn og unge, ser gode argument for organisering av fleire tenester rundt barnet. Det er ofte slik at barnet har behov for ulike tenester, og i nokre tilfelle kan bli liggande mellom ulike avdelingar:

Livsløpstankegangen er fin på mange måtar, men dersom du tenker at dette ofte er barn som har behov for koordinerte tenester, frå mange instansar, så er det kanskje ei snever organisering. Dette er ungar som treng både BUP og barnehabilitering og andre.

Det vert gitt uttrykk for at organisering rundt målgrupper kunne vore meir føremålstenleg, med andre ord at det er pasientgruppa som er i fokus, ikkje fagfelt. Det vil seie at dei som arbeider overfor same målgruppe er samorganisert, som til dømes barnehabilitering og psykisk helsevern for barn og unge. Å organisere tenestene rundt målgruppe kan ha fleire fordelar. Det kanskje viktigaste argumentet, som blir trekt fram, er at hovudfokuset vil vere på brukaren, noko som mellom anna kan

skåne brukarane frå å bli sende fram og tilbake mellom ulike tenester. Nokre informantar meiner at ei slik organisering kan gjere samarbeidet mellom til dømes psykisk helsevern for barn og unge og barnehabiliteringa administrativt sett enklare. Når tenester som ikkje er organisert i same avdeling eller seksjon skal samarbeide, krev det meir diskusjonar om bruk av ressursar og plassering av ansvar (jf 5.2.1). Slike utfordringar heng saman med at alle er pressa på tid og ressursar. Såleis er det eit administrativt problem og ikkje eit problem knytt til samarbeid mellom ulike faggrupper i seg sjølv. Dersom tenestene var i same avdeling og hadde same rapporteringssystem, kunne kanskje dei ulike tenestene vere meir fleksible i bruk av ressursar. Informanten som reflekterer rundt ei slik organisering, meiner også at den gjensidige faglege oppdateringa mellom psykisk helsevern og habilitering ville vinne på ei slik organisering.

Ein informant filosoferer rundt ein større modell, som inneber etablering av ei barneteneste organisert rundt både somatikk, habilitering og barnepsykiatri. Eit alternativ til organisering rundt målgruppa, er å organisere etter fag slik som tilfellet er i dag.

Sjølv om habiliteringstenesta, barn og/eller vaksen, var blitt samorganisert med det psykiske helsevernet, må ulike tenester og fagfolk samarbeide. Det er ikkje nødvendigvis slik at samarbeidet mellom habilitering og psykisk helsevern hadde blitt lettare dersom til dømes vaksenhabiliteringa hadde blitt eit team/seksjon innanfor vaksenpsykiatrisk avdeling. Samarbeid føreset oftast meir enn samlokalisering.

4.7 Tilsette i kommunar – synspunkt på organiseringa

Kommunane, hovudsakleg på Sunnmøre, men også nokre av romsdalskommunane, er ein viktig brukar av og samarbeidspart for habiliteringstenesta. Difor er dei sentrale informantar i evalueringa av samorganiseringa av vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa.

Dei fleste, men ikkje alle, informantane i kommunane kjenner til at vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa er samorganisert, og meiner at seksjon for habilitering har informert om dette: *”Veit om dette og kjenner til det, har fått informasjon om det.”* Somme er usikre på korleis dei fekk kjennskap til det, og meiner det var litt tilfeldig, medan andre altså ikkje

visste om den nye organiseringa. Hovudinntrykket er likevel at informantane i kommunane veit om at vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa er samorganisert.

Det er få som har erfart at samorganiseringa har kome til uttrykk overfor dei på nokon spesiell måte, og i den grad det merkast gjeld det overgangssaker. I kva grad det som vert gjort i slike saker er resultat av samorganiseringa eller andre forhold, er fleire usikre på. Det ser ut til at kommunane er tilfredse med samarbeidet som er mellom barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa i overgangar mellom barn og vaksen (jf 4.6.1):

Men dei samarbeider jo veldig bra, for vaksnehabiliteringa går jo inn i sakene året før overgangen, overlappar kvarandre, det er kjempebra.

Det er først og fremst i desse sakene at samorganisering av vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa, som ei samla teneste, kjem til uttrykk overfor kommunane: *"For meg viser dette seg når ein brukar blir 18 år og skal overførast frå den eine tenesta til den andre."* At to team i habiliteringstenesta samarbeider godt i overgangssaker vil også kunne medverke til at kommunane legg vekt på gode overgangar for sine brukarar.

Nokre av dei tilsette i kommunane nemner at det er særlege utfordringar knytte til ungdom i vidaregåande opplæring. Dei meiner at det ofte vert eit vakuum når ein person har vore i vidaregåande opplæring og skal tilbake til kommunen. Ikkje minst kan det vere uklart kven som sit på informasjonen som trengst for å legge til rette for best mogleg overgang til ein kvardag i kommunen. Ein informant meiner det ikkje burde vore nødvendig å skifte team (frå barnehabilitering til vaksnehabilitering) midt i eit løp med vidaregåande opplæring.

Når det gjeld synspunkt på noverande organisering eller alternative måtar å organisere på, er det mange som ikkje har gjort seg opp meiningar om det. Men fleire informantar synest at noverande organisering verkar føremålstenleg, fordi det kan fremje fokus på livsløpsperspektivet. Medan andre meiner at organisering innanfor det psykiske helsevernet verkar som ein betre idè, utifrå argumentet om at mange har behov for tenester både frå habiliteringa og frå psykisk helsevern. Synspunkta på organiseringa kan også ha samanheng med kva konkrete utfordringar

kommunane har når det gjeld sine enkeltbrukarar, men det har vi ikkje gått nærare inn på.

Forholdet mellom habiliteringstenesta og kommunane kjem vi tilbake til i kapittel 6 i rapporten, og då er fokuset retta mot samarbeidet generelt og gjeld i mindre grad synspunkt på samorganiseringa.

4.8 Foreldre/nærpersonar - synspunkt på organiseringa⁶

Kommunane er sentrale brukarar av habiliteringstenesta og foreldre/nærpersonar er sentrale brukarar både av dei kommunale tenestene og av habiliteringstenesta. Difor er det nyttig i ei vurdering av organiseringa og av habiliteringstenesta meir generelt å spørje foreldre/nærpersonar korleis dei oppfattar dette. Vi har intervjuar fem foreldre/nærpersonar (jf 2.2.4). Sjølv om det er få, er meiningane deira likevel viktige døme på nokre foreldre sine erfaringar med tenesta. I denne omgangen er det synspunkt på samorganiseringa som er i fokus, medan vi i kapittel 7 vil kome tilbake til kva erfaringar foreldre/nærpersonar elles har med habiliteringstenesta.

Informantane har erfaring både med barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, og dei fleste kjente til at dei to tenestene er samorganiserte, sjølv om det ikkje har kome direkte til uttrykk overfor dei: *”Veit ikkje direkte om samorganisering har kome til uttrykk”*. Ingen av dei vi snakka med erfarte at samorganiseringa hadde fått direkte konsekvensar for dei, slik dei oppfattar det.

Sjølv om dei ikkje kan vise til at organiseringa har kome til uttrykk i deira konkrete tilfelle, meiner dei at samorganisering og samlokalisering er bra fordi tilsette i barnehabilitering og vaksenhabiliteringa i større grad kan møtest og utveksle informasjon. Ein informant meiner at det frå foreldra si side er sterkt ønskjeleg med god informasjonsflyt mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa, og trur at samorganiseringa kan betre informasjonen mellom dei. Ein annan informant vurderer organiseringa slik:

⁶ Med nærpersonar meiner vi her personar som er i familie med eller som på andre måtar hjelper brukaren, men som ikkje er ein del av det offentlege hjelpeapparatet.

Trur organiseringa i alle fall er fagleg fordelaktig. Men det kan vere at dei som har dårlege erfaringar med barnehabiliteringa og no skal ha kontakt med vaksenhabiliteringa ikkje synest det er ein fordel at desse no er plassert i same hus og samorganisert.

Sjølv om nokre kan ha hatt dårlege opplevingar med ei teneste, har dei fleste av våre informantar gode erfaringar med overgangen frå barnehabiliteringa til vaksenhabiliteringa:

Samorganiseringa i seg sjølv er vanskeleg å vurdere. Men det har vore godt opplegg for overgang mellom barn og vaksen. Personar frå vaksenhabiliteringa kom inn i bilde i alle fall eitt år før sjølv overgangen. Hatt møte fleire gonger der personar frå barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa har vore til stades. Dette har fungert fint.

På same måten som tilsette i kommunane for det meste er tilfredse med arbeidet som habiliteringstenesta gjer i overgangssaker, ser det altså ut til at foreldra også er det. Elles har synspunkt på organisering av habiliteringstenestene til ein viss grad samanheng med diagnose og behova i kvart enkelt tilfelle.

4.10 Oppsummering: Erfaringar med samorganiseringa

Så langt har vi sett på erfaringar med og synspunkt på samorganiseringa av vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa i Helse Sunnmøre. Dette er belyst utifrå intervju med tilsette i tenesta, samarbeidspartar i Helse Sunnmøre og intervju med tilsette i kommunar og foreldre som brukarar av tenesta.

- Samorganiseringa hadde ikkje utgangspunkt i ein inkluderande prosess, og dei tilsette var i liten grad direkte involverte. Men dei vart orienterte og hadde diskusjonar om aktuelle alternativ, sjølv om det ikkje skjedde i formelle, opne møte der spørsmålet vart drøfta. På den eine sida kan ein slik prosess, eller mangel på prosess, ha lagt eit svakare grunnlag for utbytet av samorganiseringa. På den andre sida kan det tenkast å ha medverka til ei haldning om at vi ”må gjere det beste ut av det.”
- Alternativa var samorganisering med psykisk helsevern eller barneavdelinga. Flesteparten av dei tilsette i vaksenhabiliteringa vurderte det slik at psykisk helsevern truleg ville vere eit betre alternativ enn samorganisering av habiliteringstenesta i barneavdelinga. Men sjølv om somme, både i barnehabiliteringa og

vaksnehabiliteringa, var skeptiske til løysinga som vart valt, er det vårt inntrykk at dei fleste likevel var positive og ønskte å gjere det beste ut av situasjonen når vedtaket om samorganisering var eit faktum.

- Evalueringa viser at vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa i liten grad framstår som ei teneste med ein felles identitet. Både dei tilsette og samarbeidsaktørar tilnærmar seg habiliteringstenesta utifrå om det er snakk om barnehabiliteringa eller vaksnehabiliteringa.
- I kva grad og på kva måtar personalressursar skal brukast på tvers, og korleis det skal leggjast til rette for fagleg utveksling, er spørsmål som må diskuteras vidare. Fleire forhold i evalueringa tyder på at seksjon for habilitering ikkje heilt har funne si endelege form.
- Rammene for seksjon for habilitering har også endra seg siste året, mellom anna budsjettorganiseringa, frå to kostnadsstader i budsjettet til éin. Det kan tenkast at det vil legge føringar på det som skjer i seksjon for habilitering. Kanskje kan det medverke til at habiliteringstenesta vert ei meir samla teneste, som etter kvart i større grad vil oppleve ein felles identitet.
- Somme tilsette i habiliteringstenesta uttrykker frykt for at sterk integrering mellom barnehabilitering og vaksnehabilitering kan svekke spisskompetansen hos tilsette.
- Felles leing er den sida ved samorganiseringa som dei tilsette er mest kritiske til konsekvensane av, i alle fall slik det fungerer så langt. Svært mange, særleg i vaksnehabiliteringa, saknar fagleg leing,. Tilsette i begge team meiner at dei administrative oppgåvene heller ikkje kan takast tilstrekkeleg vare på slik samorganiseringa fungerer no. Men det er særleg fagleg leing som vert opplevd som ei utfordring. Mange uttrykkjer behov for overordna fagleg leing, som mellom anna har mynde til å ta avgjerder knytte til kva system og rutinar som skal ligge til grunn for arbeidet.
- Flesteparten av samarbeidspartane i Helse Sunnmøre og i det kommunale hjelpeapparatet kjenner til at vaksnehabiliteringa og barnehabiliteringa er samorganisert, men somme visste ikkje om det. Elles ser det ut til at samorganiseringa ikkje har kome spesielt til uttrykk i arbeidet som habiliteringstenesta gjer overfor og ute i kommunane. Men erfaringa er at barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa for det meste samarbeider godt om overføringssaker, sjølv om fleire er usikre på om det har med samorganiseringa å gjere. Samarbeidspartane har ikkje sterke meiningar om organisering av habiliteringstenesta, somme trur at

dagens organisering er føremålstenleg med tanke på livsløpsperspektiv og overføringssaker, andre trur at samorganisering med det psykiske helsevernet ville vore eit betre alternativ.

- Samorganiseringa hadde fleire mål, mellom andre auka fokus på livsløpsperspektivet, fagleg styrka teneste og meir føremålstenleg bruk av personalressursane. Inntrykket vårt er at livsløpsperspektivet, i form av det som vert gjort i tilknytning til konkrete overføringssaker fungerer tilfredsstillande og til dels svært godt i dei fleste tilfella. Når det gjeld meir overordna fagleg fokus på korleis livsløpsperspektivet kan ligge til grunn for arbeidet, kan det bli endå tydlegare.
- I den grad det kan konkluderast med tanke på om målet om fagleg styrka teneste og meir føremålstenleg bruk av personellressursane er nådd, må konklusjonen vere at dei tilsette i liten grad opplever at dei er ei samla teneste eller at tenesta er styrka, i alle fall ikkje på den måten at det er merkbart meir fagleg samarbeid. Annleis bruk av personalet, til dømes på tvers av team, skjer i svært liten grad. Men noko har likevel skjedd og ting tek tid. Mange gir uttrykk for at organiseringa har potensial, som dei fleste er positive til å gjere meir ut av. Ikkje minst har samlokaliseringa medverka i ei positiv retning. Det gir betre rammevilkår for felles møtepunkt, både formelle og uformelle, og ikkje minst fører det til at dei veit kven ”dei andre” er.

DEL 2

Samorganiseringa var utgangspunktet og hovudfokus i evalueringa. Men evalueringa har også hatt søkelyset på korleis habiliteringstenesta meir generelt fungerer både internt og overfor brukarane. Spørsmåla som vert drøfta i dei komande kapitla 5, 6 og 7 er også relevante for det som gjeld samorganisering og organisering av habiliteringstenestene, men handlar likevel ikkje direkte om synspunkt på og erfaringar med samorganiseringa. Difor har vi valt å ha dette som ein eigen del.

5 Samarbeidsaktørar i Helse Sunnmøre

5.1 Innleiing

Den tidlegare omtala studien, som er gjort av ulike sider ved vaksenhabiliteringa i alle helseregionane (Lichtwarck mfl. 2005), har mellom anna sett på korleis tilsette i habiliteringstenestene vurderer oppgåvefordelinga og samarbeidet mellom vaksenhabiliteringstenesta og andre spesialisthelsetenester. Det gjeld både dei somatiske og psykiatriske tenestene. I dei fleste helseregionane er tilsette i vaksenhabiliteringa relativt tilfredse med oppgåvefordeling og samarbeid med dei somatiske tenestene, men det vert gitt uttrykk for manglar både når det gjeld samarbeid, rutinar og koordinering. Elles vert det trekt fram at skiljet mellom vaksenhabiliteringstenesta og dei andre spesialisthelsetenestene er for skarpt. Tilsette i vaksenhabiliteringstenesta er mindre tilfredse med samarbeidet og oppgåvefordelinga mellom vaksenhabiliteringa og dei psykiatriske tenestene, samanlikna med det som galdt dei somatiske tenestene. Manglande kompetanse om målgruppa, og oppfatningar om at målgruppa ikkje vert prioritert i psykiatrien vert nemnt som årsaker til at tilsette i vaksenhabiliteringa ikkje er tilfredse med samarbeidet og oppgåvefordeling mellom eiga teneste og dei psykiatriske spesialisthelsetenestene (Lichtwarck mfl 2005).

Det mest aktuelle alternativet til organisering av habiliteringstenesta, Helse Sunnmøre, utanom samorganisering i barneavdelinga, var innanfor det psykiske helsevernet. Særleg for vaksenhabiliteringa er det i skjeringspunktet mot psykiatrien at mange av utfordringane oppstår. Difor er evalueringa av samarbeid mellom andre tenester (aktørar) i

Helse Sunnmøre konsentrert rundt samarbeid med det psykiske helsevernet. Men fysikalsk medisin og rehabilitering er også representert. Kapittelet er tufta på intervju både med samarbeidsaktørane og med dei tilsette i habiliteringstenesta.

Vaksenpsykiatrisk avdeling har først og fremst kontakt med vaksenhabiliteringa. Det er to samarbeidsprinsipp. Det eine gjeld fellessaker eller saker med felles problematikk der det vert utveksla erfaring og samarbeid. På desse møta møter kontaktlegen ved poliklinikken og den eller dei i vaksenhabiliteringa som har saka. Den andre samarbeidsforma er faste møte med legen ved habiliteringstenesta ein gong i månaden. Dette gjeld for det meste saker på prinsipielt nivå der kontaktlege ved poliklinikken og legen ved vaksenhabiliteringa er med. Det er faste samarbeidsmøte mellom barneavdelinga og psykisk helsevern for barn og unge ein gong i månaden. Frå barneavdelinga stiller representantar frå barnepoliklinikk og barnehabilitering. Frå avdeling for psykisk helsevern barn og unge stiller poliklinikkleiarane frå Volda og Ålesund. Andre medarbeidarar kan også stille, anten på fast basis eller når det er spesifikke saker dei ønskjer å diskutere. På møta blir det drøfta både generelle problemstillingar og enkeltsaker. Tema som blir tekne opp kan til dømes vere nye tilvisingar og saker der brukaren skal overførast frå den eine tenesta til den andre, det vil seie frå psykisk helsevern for barn og unge til barnehabilitering eller omvendt.

I tillegg blir det mellom anna samarbeidd om eit autismenettverk, der representantar både frå psykisk helsevern for barn og unge og barnehabiliteringa er med. Gruppa har som mål å utvikle spisskompetanse på diagnosar som ligg i spenningsfeltet mellom fleire diagnosar. Siktemålet er også å generere felles kunnskap og gi rettleiing til kvarandre sine tenester. Gruppa har blitt til på grunn av nasjonale føringar som seier at helseforetaka skal ha slike fellesteam.

Når det gjeld samarbeidet mellom habiliteringstenesta og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, er ikkje dette av same omfang som samarbeidet mellom habiliteringstenesta og det psykisk helsevernet. Det kan vere fleire årsaker til dette. Det har mellom anna blitt trekt fram at det er ein del ulikskapar i arbeidet overfor personar med medfødde eller tidleg erverva funksjonshemmingar og arbeidet overfor dei som har erverva funksjonshemmingar. Mellom anna arbeider avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering først og fremst ”inne”, medan

habiliteringstenesta arbeider meir ambulant. I tillegg til å samarbeide om nokre enkeltsaker, samarbeider dei to tenestene også om helseforetaket si koordinerte eining for rehabiliterings- og habiliteringstilbod. Dei arrangerer også i fellesskap ein årleg rehabiliterings- og habiliteringskonferanse.

Vi skal gå litt nærare inn på erfaringane dei ulike samarbeidsaktørane har med samarbeidet. Dette vil i all hovudsak handle om samarbeidet mellom habiliteringstenesta og psykisk helsevern.

5.2 Erfaringar med samarbeidet

Aktørane opplever det som fruktbart å samarbeide med habiliteringstenesta når det er saker som krev habiliteringskompetanse. Kunnskapen habiliteringstenesta har, blir vurdert som god og nyttig for samarbeidsaktørane, særleg i vanskelege saker. Ein av informantane som arbeider i tilknytning til barn og unge seier det slik:

Barnehabiliteringa er eit funn i dei sakene vi treng deira kompetanse og når det er heilt tydeleg at her er dei viktige. Då er det heilt topp, for då er det så tydeleg at dei kan noko som vi ikkje kan, og i dei sakene eg kjenner til så har dei gjort ein kjempejobb ute i lokalsamfunnet slik som i skule, overfor foreldre og så vidare. I dei tilfella har eg berre gode erfaringar.

I saker der det er tydeleg behov for samarbeid, opplever partane at dei har stort fagleg utbyte av kvarandre. Men dei meiner det kan vere ei utfordring i dei tilfella det er uklart om ei sak høyrer heime hos det psykiske helsevernet eller hos habiliteringstenesta. Særleg er det ei aktuell problemstilling når det er brukarar som har vanskelege diagnoser, som ligg i gråsonene mellom dei to tenestene, eventuelt har dobbeldiagnose.

5.2.1 Gråsoner, koordineringsbehov og forankring

Mange brukarar har komplekse diagnoser eller dobbeldiagnoser som gjer at dei kan ha bruk for fleire typar tenester. I mange tilfelle er det mellom anna behov for både habiliteringskompetanse og kompetansen som psykisk helsevern har. Likevel må desse sakene forankrast i ei av tenestene. I somme tilfelle kan det vere vanskeleg å vurdere kva som er utviklingshemming og kva som er psykisk lidning, og såleis blir det også

ei utfordring å plassere ansvaret for saka. Desse sakene kan til dømes handle om brukarar som har syndrom eller psykisk utviklingshemming og som difor har varig behov for tilrettelegging. Dermed vil somme hevde at dei høyrer heime i habiliteringstenesta. Men samtidig kan nokre av desse ha høg risiko å utvikle psykiske lidingar, noko som gjer at dei vil ha behov for psykiatrisk kompetanse. På same måten kan brukarar med alvorlege psykiske lidingar ha behov for habilitering, fordi diagnosen ikkje kan behandlast på den måten at ho vert borte, men er noko ein må lære seg å leve med. Lidingar heng ofte saman med kvarandre, og då blir det organisatoriske skiljet mellom psykisk helsevern og habilitering ei utfordring. Ein av dei som jobbar innan vaksenpsykiatrien uttrykkjer dilemmaet slik:

Berre dei ikkje hadde vore så strikse på dette med PU-kravet, for vi opplever det som eit krav at ein må diskutere psykisk utviklingshemming, eller at det må vere snakk om det. Det er jo ein del grupper som er så dårleg fungerande at dei treng å bli habiliterert, men som ikkje nødvendigvis er psykisk utviklingshemma, men der får vi ikkje noko fellesskap. Det handlar om å få aksept for at dette er ein habiliteringsproblematikk.

På same måten kan habiliteringstenesta oppleve frustrasjon når det gjeld deira primærmålgrupper:

Utviklingshemma kan få både angst og psykose, og det kan jo dei mest om, det kan ikkje vi så mykje om. Men då seier dei at han er utviklingshemma, og det kan ikkje dei noko om, så kom og hjelp meg! Men om det hadde blitt noko betre for oss å vere der, det veit eg ikkje. Vi kan prøve å få til samarbeid sjølv om det er på ei anna avdeling. Samtaleterapi er lite nyttig for den gruppa vår, så då må ein sjå etter andre tilnærmingar til problema.

Det er stort behov, men det er ikkje lett, det er vanskeleg. Vanskeleg å få gehør for at desse gruppene treng behandling for psykiske lidingar, vanskeleg å gje behandling til folk som ikkje kan prate osv....dei har vore litt tilbakehaldne, men dei (psykiatrien) har sett at det er behov og dei har sagt at dei er interesserte. Det må ikkje bli samarbeid berre på overlege/lege nivå, men også på fagkonsulent nivå.

Diskusjonane om kvar brukarar med fleire diagnosar eller vanskar høyrer heime, må sjåast i samanheng med administrative og organisatoriske rammer tenestene opererer i. Det ser særleg ut til å gjelde samarbeidet mellom barnehabiliteringa og psykisk helsevern for barn og unge. Utfordringane ligg i å vere plassert i forskjellige avdelingar med ulike

rapporteringsystem. Når ei sak er forankra i den eine tenesta, er det den tenesta som kan rapportere saka. Det betyr at den andre tenesta ikkje får dokumentert at dei har brukt personalressursar på saka. Når begge tenestene er pressa på tid og ressursar, så kan desse organisatoriske forholda føre til utfordringar i samarbeidet. Ein uheldig konsekvens av dette kan vere at det går mykje tid og krefter til å ”forhandle” om kvar ansvaret for saker skal ligge, og til å bygge opp felles forståing for saker. Somme meiner at dersom psykisk helsevern for barn og unge og barnehabiliteringa var i same avdeling, ville dette føre til meir fleksibel ressursbruk mellom tenestene (jf 4.8). Dette er vel og merke ei systemutfordring, meir enn eit samarbeidsproblem mellom dei to tenestene:

Samarbeidsklimaet vurderer eg likevel som bra, for det går heilt fint an å forhandle og ”krangle”. Men vi må jobbe mykje for å få felles forståing, der er vi ikkje i mål enno. Vi kan ikkje isolere ting og seie at ”dette må de i psykiatrien ta” eller ”dette er habilitering, dette må de ta” – slik kan vi ikkje tenkje. Men når det er stort press med saker, så prøver ein å frigjere tid ved å skyve oppgåver over på kvarandre.

Dei organisatoriske rammene gjer at det frå tid til anna kan vere behov for møte, der avklaringar om fordeling av ansvar blir diskutert. Det har mellom anna blitt nemnt at fordelinga av saker og ansvar mellom tenestene bør diskuteras på nytt. Nokre trekkjer også fram at det i slike reforhandlingar er viktig å ikkje fokusere for mykje på kvar diagnosar ”høyrer heime”. Det må heller vere brukarane og deira behov for tenester som må vere i fokus. Det er viktig å ha eit system der ein hindrar at brukaren blir tilvist frå den eine tenesta til den andre.

Fellesteamet, som barnehabilitering og psykisk helsevern frå barn og unge har oppretta (jf 5.1), blir trekt fram som eit døme på eit godt system. Her er sakshandsamarar frå begge tenestene sett på ei og same sak, og brukaren vert i mindre grad vist fram og tilbake.

Koordineringsbehovet gjeld andre tenester også, ikkje berre psykisk helsevern.

Når det gjeld somatikken har det vore ein del møte med nokre av avdelingane. Veggen er open etter behov der, og på saker har vi eit godt samarbeid på enkeltsaker og vi drøfter behandling og resultat av dette. På enkeltsaker veldig bra med fysmed Det har byrja å fungere greitt med dei

andre avdelingane. Kontrollapparatet som må fungere er når det gjeld nevrologien. Vi har kanskje ein del av dei fysikalske problema som kanskje ikkje skal vere våre, den avklaringa har vi tenkt å ta med fysmed. Det er ikkje klare grenseoppgangar mot dei andre avdelingane, så det må vi prøve å finne ut av.

Føremålstenlege rutinar for avklaringar og reforhandlingar blir viktig for å få til godt samarbeid mellom tenester som ikkje organisatorisk er samla. Det kan vere verdt å merke seg at nokre av samarbeidspartane til habiliteringstenesta har lagt vekt på at dette ikkje er noko spesielt problem for samarbeidet med habiliteringstenesta. Det er eit generelt problem, som også kan oppstå med andre samarbeidspartar når det er snakk om brukarar med diagnosar som ligg i grenseland mellom ulike tenester.

5.2.2 Legen som katalysator?

I mange tilfelle har det vore vanskeleg å få til samarbeid med andre tenester. Mellom anna på grunn av ressursar, tid og kompetanse vert det ofte diskusjonar om korleis ein skal forstå ei sak, kven som skal ha hovudansvaret for saka. Kanskje kan plassering av ansvar/saker mellom tenester vere ekstra vanskelege fordi fagsamansetjinga i habiliteringstenesta, særleg vaksenhabiliteringa, er annleis enn til dømes i det psykiske helsevernet.

Vaksenhabiliteringa var svært lenge utan lege, noko som var ei utfordring for tenesta sitt arbeid internt, men også for samarbeidet med andre spesialisthelsetenester, som til dømes psykisk helsevern. Men samarbeidet fungerer mykje betre no, og tilsetjing av lege i vaksenhabiliteringa ser ut til å ha vore svært positivt i den samanhengen.

... etter nyttår har psykiatrien omtrent kome med hurtigtog. Det har blitt mykje samarbeid på sak, og eg trur det er der vi må starte

Vaksenhabiliteringa opplever altså at samarbeidet fungerer betre, og tilsette i det psykiske helsevernet erfarer det sameleis:

Det har vore lettare no når NN har kome med, det vert snakka det same språket som oss, vi merkar det. Det har noko med profesjon å gjere, truleg.

At legen har spelt ei viktig rolle som katalysator for samarbeid mellom vaksnehabiliteringa og andre tenester i helseforetaket, kjem tydeleg til uttrykk i evalueringa.

5.3 Oppsummering

I kapittel 5, som gjeld samarbeid mellom habiliteringstenesta og andre avdelingar i Helse Sunnmøre, har fokus først og fremst vore på samarbeidet mellom psykisk helsevern (både psykisk helsevern for barn og unge og vaksenpsykiatrien) og habiliteringstenesta.

- Når det er tydeleg behov for samarbeid, får dei ulike tenestene mykje ut av å samarbeide med kvarandre.
- Eventuelle utfordringar dukkar opp når det er snakk om diagnosar som ligg i grenseland mellom dei ulike tenestene, eller i tilfelle det gjeld dobbeldiagnosar. Utfordringane dreiar seg i større grad om system, rutinar og organisering enn om samarbeidsproblem mellom faggrupper eller tenestene i og for seg.
- Samarbeid mellom tenester, som ikkje høyrer til same avdeling, føreset gode rutinar for fordeling av ansvar.
- At habiliteringstenesta er representert med faggrupper, som også finst i dei avdelingane det er nødvendig å samarbeide med, ser likevel ut til å ligge til grunn i mange av tilfella der samarbeidet mellom tenester fungerer godt. Eit døme på det er at tilsetjing av lege i vaksnehabiliteringa har hatt svært positiv verknad for samarbeidet mellom vaksnehabiliteringa og andre tenester i Helse Sunnmøre.

6 Det kommunale hjelpeapparatet

Vi har intervjuet 19 tilsette i kommunane, inkludert tilsette i PPT, om deira samarbeid med habiliteringstenesta (jf 2.2.3). Tilsette i både vaksenhabilitering og barnehabiliteringa er også intervjuet om forholdet til kommunane som brukarar.

6.1 Bruk av habiliteringstenesta og erfaringar med samarbeidet

Habiliteringstenesta skal yte tenester til brukarar og til hjelpeapparatet rundt den enkelte brukaren, det vil i dei fleste tilfella seie det kommunale hjelpeapparatet. Habiliteringstenesta har også eit generelt råd- og rettleiingsansvar overfor førstelinetenesta, noko som er viktig for å medverke til kompetanseoppbygging i kommunane. Vi skal sjå litt nærare på kommunane sin bruk av tenesta og erfaringane med samarbeidet.

Dei tilsette i kommunane er spurde om korleis kontakten oppstår og på kva måtar samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstenesta foregår.

PPT gjer det dei kan før det vert teke kontakt. Tek kontakt med habiliteringstenesta når PPT sjølv ikkje rår med ulike tilfelle rundt enkeltbrukarar. Når det trengst tverrfagleg utgreiing og i mange tilfelle behov for utgreiing av eventuelt diagnose. Dette er for det aller meste svært gode prosessar. Det er ein kjærkomen samarbeidspart retta mot barn med vanskar som PPT ikkje kan utgreie fullt ut på eiga hand.

Kommunane prøver først opplegg og tiltak som dei sjølve har kompetanse til å setje i verk, og kontaktar habiliteringstenesta når dette ikkje strekkjer til: *”Kontakten vert teken når ein møter veggen, når tiltak og opplegg som kommunen prøver ut ikkje nyttar.”*

For somme i kommunane kan det vere uklart i kva tilfelle habiliteringstenesta er rette instansen og i kva tilfelle det er BUP eller andre. Men ein informant har relativt klart for seg kven som er ”rette” instans: *”Mest psykisk utviklingshemma, barn med kognitiv svikt er habiliteringstenesta, og psykisk helse er det BUP som er relevant aktør.”* Sjølv om nokre informantar har dette klart for seg, er det ikkje alle som

er einige i fordelinga, eller forstår kvifor fordelinga mellom BUP og barnehabiliteringa er akkurat slik:

Det er noko feil der som vi merkar veldig godt på foreldra, dette er spesielt for Helse Sunnmøre. Har du Aspbeget er det BUP, og dei sender deg fort tilbake til kommunen. Har du autisme eller noko anna på den sida av spekteret, så kan du få meir oppfølging frå habiliteringstenesta enn andre. Då får du informasjon om kurs og tettare oppfølging. Det er veldig dumt, vi merkar det på foreldra veldig godt, fordi dei som har barn med Aspberger trengjer også rettleiing.

Dei tilsette i kommunane seier at samarbeidet mellom habiliteringstenesta og kommunane hovudsakleg er konsentrert rundt enkeltsaker. Det er også kontakt når det gjeld rettleiing og støtte knytt til metodar, målgrupper og tiltak meir generelt. I tillegg er dei tilsette i kommunane med på kurs og konferansar som habiliteringstenesta arrangerer. Behov for støtte og rettleiing er temaet i punktet som følgjer.

For kommunane er habiliteringstenesta ein viktig samarbeidspart og rådgjevar. For dei tilsette i kommunane gir det tryggleik å vite at fleire enn dei sjølve har vurdert saker knytte til enkelte brukarar. Dersom det er saker kommunane har arbeidd med i lengre tid, kan det vere godt at andre folk utanfrå blir kopla på. Dette gjeld særleg overfor foreldre og pårørande, ettersom synspunkt frå andrelina, i somme tilfelle, kan ha meir tyngde enn det som kjem frå førstelina.

Sjølv om habiliteringstenesta i all hovudsak er ein viktig og god samarbeidspart for kommunane, vert det vist til nokre moment som er vesentlege for kor godt dei tilsette i kommunane opplever at samarbeidet fungerer. Dette gjeld særleg *dialogen* mellom dei to tenestene, og kva *forventningar* kommunane har til habiliteringstenesta.

6.1.1 Dialogen

Fleire av dei tilsette i kommunane meiner at dialogen dei har med habiliteringstenesta i dei tidlige fasane i samarbeidet om enkeltbrukarar er viktig. Når ein brukar skal inn til utgreiingsopphald, er det viktig at habiliteringstenesta hentar inn relevant informasjon frå fleire instansar i kommunane, slik at biletet dei får av brukaren og nærmiljøet er så heilskapleg som mogleg. Det blir også opplevd som ein fordel om førstelina og andrelina kan ha låg terskel for å ta kontakt med kvarandre

slik at ein kan diskutere forhold som måtte dukke opp undervegs i utgreiinga, og som dermed ikkje alltid er komne med i tilvisningspapira. Førstelina opplever at i dei tilfella der dialogen har vore god, så blir rapporten og tilrådingane dei får etter at saka er ferdig utgreidd også betre:

Når det gjeld tilrådingane vi får, så er dette varierende, og eg meiner det handlar ofte om kor vidt vi har hatt ein dialog i forkant. Dersom vi ikkje har mykje kontakt, då føler eg at råda som blir gitt ikkje stemmer med verkelegheita. Det kunne ha blitt oppklara ein del ting dersom ein hadde snakkast på førehand.

Ein kollega frå den same kommunen legg til følgjande:

Dersom dei (habiliteringstenesta) er tett inne, så føler eg at råda er gode, men viss du berre mottok ein rapport så kan du lure på om det er snakk om den same ungen som du har jobba med. Det handlar om å kjenne kvarandre, kor godt dei kjenner oss og alt i miljøet rundt barnet.

Nokre av dei tilsette i kommunane poengterer at god dialog føreset at habiliteringstenesta ser og anerkjenner det store og krevjande arbeidet som blir gjort i kommunane, særleg når det gjeld tunge og kompliserte brukarar. At eige arbeid blir sett gir ei kjensle av å bli møtt med respekt. Gjensidig respekt blir trekt fram som ein nøkkel for å få til godt samarbeid. Ein kommunetilsett, som jobbar med vaksne, seier det slik:

Vi har hatt enkeltsaker der vi har fått konkret rettleiing og råd, der vi har satt oss ned på lik linje og drøfta og kome fram til gode løysingar. Det er då du får til det gode samarbeidet med gjensidig respekt, og det meiner eg må ligge i botnen. Dei må kunne sjå på det arbeidet som blir gjort ute i kommunane, for viss ikkje, så blir det ei slik ovanfrå og ned haldning og då får du ikkje dialog på det. Dei gongane vi har fått god rettleiing har vore dei gongane når folk har vore litt audmjuke. Då får vi det godt til, og eg har fleire døme på slike saker.

I tilfelle der kommunetilsette opplever at dialogen ikkje fungerer så godt, føler dei at tilrådingane dei får frå habiliteringstenesta er prega av eit "ovanfrå og ned" perspektiv, som dei meiner er uheldig for det vidare samarbeidet. I slike tilfelle kan førstelina oppleve at tilrådingane ikkje "treff" brukaren, og at tilrådingane har ein slik karakter at kommunen har vanskar med å setje i verk tiltaka. God dialog i forkant og undervegs

kan føre til at det blir meir samsvar mellom tilrådingane og det som faktisk er mogleg å gjennomføre i kommunane:

Har bra erfaringar med samarbeidet og får den hjelpa som vert etterspurt. Det meste fungerer bra, oppfølginga er grei. Vi masar nok også på dei, men dei kjem. Det som er mindre bra er at tilrådingane/opplegg (t.d. timar osv) kan vere avgjort frå habiliteringstenesta si side i for stor grad utan dialog med kommunen om deira synspunkt på dette. Når ting er komne på papiret kan det vere vanskeleg ”gå i mot” det. Kommunen må følgje tilrådingsrammene.

Den økonomiske situasjonen set, i mange kommunar, grenser for kva tiltak og opplegg dei kan setje i verk, noko som kan gjere det vanskeleg å oppfylle dei faglege ideala som ofte ligg til grunn for habiliteringstenesta sine tilrådingar:

Alt er vel og bra heilt til kommunen får forslag til kva ressursar som trengst for å kunne følgje opplegget som vert foreslått frå habiliteringstenesta. Kommunen har som oftast ikkje ressursar som trengst til å følgje det opplegget.

Særleg èin kommune erfarer at slike situasjonar har medverka til mindre samarbeid med habiliteringstenesta, for å unngå konflikhtar i kommunen om bruk av ressursar, og for å prøve å sikre at kommunen i større grad fokuserer på ressursar og kompetanse som dei sjølve rår over. Å skulle stå på eigne bein, utan å få råd frå instansar som kan sjå saker utanfrå, kan føre til ugreie og usemje innanfor det kommunale hjelpeapparatet:

Det har også ført til frustrasjon i den kommunale tenesta, der tilsette er usamde om korleis arbeidet skal drivast. Somme i kommunen meiner tenesta har den kompetansen som trengst.

Det kan vere tungt å forklare foreldre og pårørande at knapt med kommunale ressursar hindrar iverksetjing av tiltak som habiliteringstenesta har foreslått. Somme opplever også at det medverkar til dilemma knytt til forskjellsbehandling. Når tilrådingane legg opp til fleire timar med oppfølging av ein brukar, kan kommunen kome i ein situasjon der dei kjenner seg nøydde til å behandle brukarar ulikt. Dette vert framstilt som eit generelt problem i relasjonen med eksterne samarbeidspartar, slik som kompetansesenter og liknande, og gjeld altså ikkje berre habiliteringstenesta.

Dialogen mellom førstelina og andrelina er altså viktig for korleis dei tilsette i kommunane opplever at samarbeidet fungerer, og for kva som kjem ut av samarbeidet. Mange har gode erfaringar og trekkjer fram dialogen som ein av grunnane til at dei synest samarbeidet fungerer så bra. Særleg innan barnehabiliteringa kan det virke som samarbeidet har hatt ei positiv utvikling dei siste åra:

Det har skjedd noko i barnehabiliteringa dei (siste fem) åra. Dei verkar meir opne for dialog og prosessane fungerer betre. Tenesta er blitt meir oppsøkande og tilbakemeldingane om det arbeidet som skjer i tenesta knytt til brukarar i kommunen er blitt mykje betre. Det verkar som barnehabiliteringa har ein annan profil utetter enn tidlegare. Det er sjølvsagt også slik at vi etter kvart vert betre kjende med personane som arbeider i tenesta, og det gjer det lettare å ta kontakt. Eg veit kven eg kan ringe til.

Eg har godt samarbeid med habiliteringstenesta (barn) eg kan heilt uformelt ta kontakt med dei, og det skjer i samråd med foreldre slik at dei veit at vi er i kontakt med dei. Eg har veldig godt samarbeid med personen der. God dialog og støttande, særleg siste tre åra.

Ein av dei som jobbar tett med vaksnehabiliteringa seier det slik:

Det som eg har merka meg mest, er at dei er lett tilgjengelege og terskelen for å ta kontakt er låg. Vi har hatt veldig god nytte av det, det er berre å ringe, det har aldri vore noko problem.

Når tilrådingane frå andrelina samsvarer med det kommunen har handlingsrom til å gjennomføre, opplever ein informant samarbeidet slik: *”Det har ikkje vore noko problem for oss, for det er jo i samråd med oss. Det er jo i samarbeid at vi prøver ut ting.”*

At habiliteringstenesta er lett tilgjengeleg for spørsmål, og at det er låg terskel for å ta kontakt, er ei relativt generell erfaring både når det gjeld barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa. Somme tilsette i kommunane meiner at dette har blitt betre dei siste åra.

6.1.2 Forventningar til habiliteringstenesta

Forventningar til ulike partar sine roller i eit samarbeid, vil vere med å påverke korleis partane opplever at samarbeidet fungerer. Nokre av dei

som har blitt intervjuet i kommunane har forventningar til habiliteringstenesta som ikkje alltid blir innfridde. Dette gjeld særleg forventningar til kor lenge habiliteringstenesta skal vere inne i ei sak. Nokre opplever at habiliteringstenesta jobbar for mykje etter bestillingar med klare start- og sluttspunkt, slik at forhold som ikkje kjem fram i ”bestillinga” vert utelatne. Ein som jobbar med barn skildrar dette slik:

Vi føler at når dei får ei tilvising, så er dei veldig konkrete og går inn og ser på akkurat det som står på tilvisinga, punktum. Også trekkjer dei seg ut. Men viss det kjem opp meir ting som skulle vore gjort undervegs som habiliteringstenesta kunne ha assistert oss på, så må det ny tilvising til. Dei er av og til litt vanskelege på det, dei er berre inne på akkurat det, akkurat den korte perioden. ”Er det noko meir så må de tilvise på nytt”. For foreldra er det veldig tungt, å gå gjennom den runden på nytt.

Dei kommunetilsette har truleg ulike forventningar til habiliteringstenesta når det gjeld kor lenge dei skal vere inne i ei sak. Samtidig ser det også ut til at habiliteringstenesta har ulik praksis på dette punktet. Somme i kommunen opplever at det ikkje er noko problem, men føler tvert i mot at habiliteringstenesta i stor grad er til stades og tilgjengelege for dialog også når saka formelt er avslutta og kommunen skal setje i verk eventuelle tiltak for brukaren. Andre har andre erfaringar, og for desse er det uklart kvifor habiliteringstenesta i somme saker trekkjer seg raskare ut enn i andre saker. I spesielt vanskelege saker meiner tilsette i det kommunale hjelpeapparatet at det er behov for at habiliteringstenesta gjer grundige vurderingar før dei trekkjer seg ut. Det er mellom anna viktig å kvalitetssikre at dei som skal følgje saka opp i kommunen har fått tilstrekkeleg opplæring, og er fagleg i stand til å ta over saka på eiga hand. Internt i habiliteringstenesta er det også diskusjonar rundt desse spørsmåla, mellom anna når det gjeld kva tid saker skal avsluttast, eventuelt ikkje avsluttast.

Nokre opplever at barnehabiliteringstenesta skaper urealistiske forventningar hos foreldre om kva kommunane skal klare å få til. Barnet er til utgreiing berre i ein kort periode i habiliteringstenesta, som heller ikkje må å forholde seg direkte til dei økonomiske rammene i kommunane, som skal ha den varige oppfølginga av barnet. Såleis kan det bli ein nedtur for foreldra når dei kjem tilbake til kommunen. Dei kommunetilsette opplever det som ei tung oppgåve å måtte forklare foreldra at det ikkje er mogleg for kommunen å gjennomføre alle tiltaka som habiliteringstenesta har føreslått, sjølv om dei fagleg sett er einige i

forslaga og gjerne skulle sett at det var mogleg å setje dei i verk. Sitatet under illustrerer det problematiske i slike situasjonar:

Habiliteringa er ikkje alltid nøytrale når det gjeld tenestetilbodet i kommunen. Dei er på ein måte foreldra sin advokat., det blir ein håplaus situasjon for kommunen, dei skal vere våre faglege rådgjevarar, dei vi skal kunne henvende oss til som rådgjevarar. Dette har vore tøft i nokre situasjonar, sånn kan det ikkje vere. Det vert ei sterk binding mellom foreldre og barnehabiliteringa. Det kan ikkje bli samhandling når vi må forsvare oss både overfor barnehabiliteringa og foreldra, og då har du frontar i staden for løysingar.

Når det oppstår situasjonar der kommunane opplever at andrelina har skrudd forventningane til foreldra for høgt i forhold til kva kommunen er i stand til å få til, meiner somme at dette også handlar om dialogen mellom kommunen og habiliteringstenesta undervegs i ei sak. Det er også viktig for habiliteringstenesta å ha kjennskap til korleis kommunane jobbar:

Av og til opplever eg at det blir skapt urealistiske forventningar. Det kan vere synd for samarbeidet vidare. Dersom det står at kommunen skal minst gjere sånn og sånn, også har vi ikkje kapasitet til å følgje det opp slik, då tenkjer eg at viss vi hadde snakka betre på førehand så kunne vi unngå slike situasjonar. Andre gongar er det betre.

Kommunane har elles behov for rask tilbakemelding når ei utgreiing er ferdig, slik at dei er førebudde når foreldra kjem og vil ha tiltaka sette i verk. Kva kommunane kan forvente når det gjeld saksbehandlingstid er såleis også noko førstelina meiner det vil vere ein fordel å få avklara.

6.1.3 Støtte og rettleiingsbehov

Som nemnt, er arbeidet som habiliteringstenesta gjer overfor kommunane i stor grad knytt til enkeltsaker, og kommunane ønskjer i mange tilfelle enno meir støtte og rettleiing her. Ein tilsett i ei buening seier det slik:

Vi har behov for at tenesta kom inn og gav input og gjorde at vi kunne kome vidare i saker. Det vert ofte til at ting går litt i stå, og at vi ikkje kjem vidare på ein god måte.

Av konkrete forhold, som kommunane har behov for rettleiing på, har det blant anna blitt nemnt 4A-vedtak, hjelpemiddel, observasjon og deltaking i utprøving av tiltak.

Det er greitt med møte og sånn, men vi vil ha dei ned på golvet også. Dei er greie å forholde seg til, men vi treng nokre som kan vere kompetente på dette med miljøet, og vi treng også noko anna enn miljøkompetanse.

Informantane i kommunane vart spurde om kva type rettleiing og støtte det er behov for og kva dei kunne tenke seg kunne gjerast for å betre samarbeidet med habiliteringstenesta. Ein informant, som har kontakt både med vaksenhabilitering og barnehabilitering, seier det slik:

Det hadde kanskje likevel vore fruktbart frå tid til anna – kanskje ein gong i året – å ha eit møte der vi snakkar om kva forventningar vi har til kvarandre, t.d. kva kan dei forvente av oss, kva kan vi spørje om og kva kan vi forvente å få hjelp til. Vi kunne gitt tilbakemelding på korleis vi synest at enkeltsakene våre fungerer. Det vil variere frå sak til sak, og det er ikkje like enkelt å ta det i kvar enkelt sak nødvendigvis. Kanskje ein gong i året hadde det vore ok viss ein la det på leiarnivå på begge stadane. Evaluert litt.

Ein av informantane, som er tilsett i PPT, har erfaring med eitt slikt møte. Her vart det gjort ein gjennomgang av alle felles brukarar som barnehabiliteringstenesta og PPT-kontoret hadde. Informanten opplevde dette som svært nyttig og bra. Det var med på å klargjere begge tenestene sine forventningar til kvarandre, og gjorde at kommunikasjonen i etterkant gjekk lettare.

Av annan kompetanse som førstelina saknar, er psykolog og pedagogisk kompetanse nemnt. Nokre av dei som jobbar med vaksne, fortel at dei også saknar meir kompetanse innan psykiatri. Elles forventar kommunane at habiliteringstenesta har spisskompetanse og kompetanse på eit høgre nivå enn det som er tilfelle i dei fleste kommunane. Somme tilsette i habiliteringstenesta er bekymra for nettopp dette spørsmålet. Dårlegare tider når det gjeld ressursar til kurs, etter- og vidareutdanning, fører til utfordringar med å kunne ligge i forkant av førstelinetenesta kompetansemessig.

Kommunane peikar på at det også finst fagmiljø og eit tredjelinenivå som habiliteringstenesta kan bruke, men som nokre i kommunane synest habiliteringstenesta er for lite bevisst på å bruke:

Eg synest ikkje ein bør vere redd for å gå vidare til tredjelina. At habiliteringstenesta skal spørje vidare om hjelp også, for det er mange fantastisk flinke folk i tredjelina, spesielt merka vi det når vi jobba med autismeteamet i Noreg. Då fekk vi ting på stell, kunne plukke kunnskap vidare. Det gjorde dei (hab) til slutt, fordi vi sette ned foten og sa at dette er ikkje godt nok, vi må vidare. Det var veldig fantastisk flott – vi har fått utgreidd masse. Og så må vi sjølvstilt respektere at vi kan ikkje tru at habiliteringstenesta skal vere ein guru, dei kan jo ikkje alt dei heller. Men vi må tørre å innhente kunnskap der kunnskapen er, og det gjeld også for habiliteringstenesta.

Poenget knytt til kva forventningar kommunane kan ha til habiliteringstenesta er eit moment det kan vere føremålstenleg å ta tak i. Men det bør også vere eit mål for ei andrelineteneste å vere i ein situasjon der dei har meir kompetanse enn kommunane i det store og heile har. At dei i nokre tilfelle likevel må spele på kompetanse frå andre fagmiljø, bør ikkje kjennast som eit nederlag. Å vite kva fagmiljø ein kan vende seg til er ein styrke, snarare enn ei svak side.

Eit anna moment, som også er verdt å ta med i denne samanhengen, er at det for fleire av dei tilsette i kommunane er uklart kva kompetanse habiliteringstenesta har og dermed kva kommunane faktisk kan bruke habiliteringstenesta til. Det blir etterlyst ei konkret orientering om kva kompetanse habiliteringstenesta har, kva satsingsområde og prosjekt dei er inne i. Nokre opplever at det er tilfeldig kor vidt denne informasjonen når ut til kommunane eller ikkje.

Kompetansebygging kan skje både i form av råd og rettleiing knytt til enkeltbrukarar, og med eit meir generelt utgangspunkt, men også gjennom kurs, seminar og konferansar som habiliteringstenesta arrangerer. Mange tilsette i kommunane set stor pris på slike tilbod:

Deltek på ein del av konferansane som vert arrangerte av habiliteringstenesta. Nokre faste konferansar som vi prøver å få med oss. Då prøver vi også å oppfordre andre i kommunen til å vere med på konferansane. Til dømes tilsette i barnehagane. Tilbodet om konferansar og liknande som habiliteringstenesta står bak, dekkjer behovet som kommunane har, det er meir snakk om i kva grad og på kva måtar kommunen prioriterer deltakinga på dei ulike konferansane.

Det kan også vere interne forhold i ein kommune som gjer at habiliteringstenesta ikkje vert brukt i særleg stor grad: ”...skal helst klare oss sjølve med eigen kompetanse. Vi driv internkursing og skolering, med varierende kvalitet”. Det må presiserast at det ikkje er informantene si eiga oppfatninga som vert trekt fram her, men korleis informantene opplever situasjonen i sin kommune. Ei av årsakene som kan ligge til grunn for slike synspunkt, kan vere at bruk av habiliteringstenesta kan innebere tilrådingar om tiltak som kommunane ikkje kan følgje opp, mellom anna på grunn av den økonomisk situasjonen.

Av andre ting kan det nemnast at i dei tilfella habiliteringstenesta reiser ut i kommunane for å observere brukaren og miljøet rundt han eller henne, så blir det sett stor pris på av dei kommunetilsette. Dei meiner at habiliteringstenesta då får eit meir heilskapleg bilete av situasjonen, noko som kan medverke til betre tilpassa opplegg. I tillegg er det ei avlastning både for brukaren og foreldre/pårørande å sleppe å reise til Ålesund.

6.2 Tilsette i seksjon for habilitering si vurdering av samarbeidet med kommunane

Som vi har sett ovanfor, er samarbeidet mellom habiliteringstenesta og kommunane er for det aller meste knytt til enkeltbrukarar, slik at: ”Mykje går på rettleiing overfor personalet, faste møte om faste tema”. Men i tillegg til arbeid direkte knytt til enkeltbrukarar eller grupper brukarar, kan habiliteringstenesta, oftast på førespurnad frå kommunar, halde kurs ute i kommunen. Opne kurs og konferansar er også eit tilbod som habiliteringstenesta har overfor kommunar og andre aktørar.

Nedanfor vert det illustrert, ved hjelp av to sitat frå tilsette i barnehabiliteringstenesta, korleis samarbeid mellom kommunar og habiliteringstenesta oppstår og korleis prosessen i ei sak skrid fram.

Dei tek ofte ein telefon først og høyrer om NN sitt tilfelle kan vere noko for barnehabiliteringa. Så kjem ein søknad, og når vi bestemmer korleis vi går inn, så tek vi kontakt med kommunen, for det er veldig ofte nyttig å sjå barnet i sitt eige miljø. Ofte vil vi treffe foreldre, så er det poliklinikk eller innlegging her. Vi diskuterer og spør om dei vil ha rettleiing og korleis dei kan handtere det, og vi kan ta ein dag i kommunen og rettleie meir direkte, ute i kommunen er dei ofte fornøgde med dette.

Vi prøver å få kommunane til å sende mest mogleg informasjon med det same, for at det ikkje skal bli for mange rundar. Så prøver vi å få kontakt med PPT. Vi prøver å tenke det skal vere effektivt for alle. Vi er med i ansvarsgruppe når det er tema det er viktig at vi er med på.

Begge desse informantane gir uttrykk for at kommunen og habiliteringstenesta i dei fleste tilfella vert einige om opplegg og tilbod knytte til brukarane som bur i kommunen. Men utgangspunktet for semja om tiltak/opplegg er ikkje alltid noko partane har kome fram til i fellesskap:

Det er nok vi som bestemmer kva som vert gjort ute i kommunane. Dei synest dei lærer så mykje, og dei er så glade for det.

Dersom eg har skrivne tilrådingar til kommunane, så hjelper det at det kjem frå ei spesialavdelinga på sjukehuset. Det gjer at kommunen strekker seg langt. Men vi ser at mange kommunar strevar med ressursar og må jenke til opplegget som er lagt utifrå ressursar i kommunen. Nokre kommunar er flinke andre er mindre flinke.

Tilsette i habiliteringstenesta meiner at det med ”ferdigspikra forslag”, som ein informant kallar det, var meir vanleg før, og at samarbeidet med kommunane no er meir rettleiingsfokusert. Dialogen, som ligg til grunn for tiltak og oppfølging i kommunen, vert til ein viss grad opplev annleis av dei tilsette i kommunen. Dei etterlyser ofte meir dialog og opning for medverknad frå kommunen si side i arbeidet (jf 6.1). Sjølv om somme i kommunen ikkje alltid opplever det slik, er tilsette i habiliteringstenesta bevisste på at dialog er viktig, og at ressursar i kommunen er noko dei også må forholde seg til.

Habiliteringa må vere forsiktig med å seie kva dei skal ha, for det er kommunane som skal ha beslutninga der. Pengesekken er ikkje alltid slik som kommunane har behov for. Men viss du er i god dialog så kan du i alle fall få til det nest beste.

For habiliteringstenesta kan dette vere eit dilemma; På den eine sida er det knytt forventningar til habiliteringstenesta, som spesialisthelseteneste, om at dei skal foreslå opplegg som dei meiner fagleg er det beste. På den andre sida må lokale forhold spele ei rolle i vurderingane som habiliteringstenesta gjer i kvart enkelt tilfelle. Somme tilsette i

habiliteringstenesta opplever at kommunane kanskje har urealistiske forventningar til det dei kan tilby.

I mange tilfell er det diskusjonar rundt korleis habiliteringstenesta best skal kunne medverke til at kommunane kan ta over. Eit grep habiliteringstenesta brukar for å legge til rette for det, er at flest mogleg av aktørane i kommunane er med i planlegginga, slik at dei kan følgje opp tiltak.

Kva som er det rette tidspunktet for habiliteringstenesta å trekke seg ut av saka, er ikkje alltid opplagt, og er noko av det habiliteringstenesta internt også har diskusjonar på. Det kan ligge ulike vurderingar til grunn, og ei kan vere denne:

Viss foreldre og apparatet rundt føler at dei har fått den oppfølginga og støtte frå oss som dei har hatt behov for, så er vi fornøgde og ”kan gå på neste sak”.. Dersom fagfolk i kommunen føler at dei treng hjelp, så kjem dei til oss med spørsmål.

Det kan elles vere slik at sjølv om habiliteringstenesta kan avslutte saka med tanke på det tilvisinga galdt, så kan det i løpet av prosessen dukke opp andre forhold ved ei sak som kommunen ønskjer at habiliteringstenesta tek tak i. Det gjer at det kan vere vanskeleg å definere kva tid ei sak er avslutta og eventuelt ei ny er påbegynt.

I kva grad kommunane brukar habiliteringstenesta, etter at habiliteringstenesta har trekt seg ut av saka, varierer. Men tilsette i habiliteringstenesta seier i alle fall at: *”Vi er opne for å gjere avtalar fram i tid for å gjere ei evaluering. Vi vil gjerne sjå dei igjen om eit halvt år eller eit år.”* Om det er kommunen og/eller dei tilsette i habiliteringstenesta som opprettheld kontakten i desse tilfella varierer også. I stor grad har habiliteringstenesta faste rutinar på å følgje opp, men nokre er klare på at det er kommunen som bør ta initiativet.

Kompetansebehovet er ofte større i små kommunar enn i store. Å danne nettverksgrupper slik at kommunane kan utveksle kunnskap og erfaring, er eit tiltak habiliteringstenesta har teke initiativ til, som eit ledd i arbeidet med kompetanseoppbygging i kommunane.

Det er viktig å overflødiggjere oss sjølve, så er det greitt at vi utviklar dette med kurs osv som kan gi kunnskap ute som ikkje berre er retta mot enkeltpasientar.

Å medverke til kompetansebygging i kommunane, er altså ei av oppgåvene til habiliteringstenesta. Eit viktig grunnlag for det, er at tilsette i habiliteringstenesta har høgre kompetanse (spesialistkompetanse) på sine felt enn det normalt kan forventast at tilsette i det kommunale hjelpeapparatet har. Somme i habiliteringstenesta spør seg om vilkåra for å ligge i forkant er til stades i stor nok grad, og dei meiner at vilkåra for kompetanseheving er sterkt svekka.

6.3 Oppsummering: samarbeid mellom habiliteringstenesta og kommunar

- Samarbeidet mellom habiliteringstenesta og kommunane varierer, både i omfang og type. Mellom anna avhengig av situasjonen og behova i dei ulike kommunane til ei kvar tid. Dei tilsette i kommunane vurderer at samarbeidet for det meste fungerer greitt.
- Dialogen mellom førstelina og andrelina er avgjerande for kor fruktbart samarbeidet mellom dei to tenestene fungerer.
- Sentrale element i det som kommunane meiner er godt samarbeid, er gjensidig respekt, låg terskel for å kunne ta kontakt og grundig innhenting av informasjon frå kommunane i forkant og undervegs i utgreiingssaker. Dei som har gode erfaringar frå samarbeidet med habiliteringstenesta trekkjer fram nettopp desse elementa.
- Det kan vere mange grunnar til at samarbeidet og dialogen mellom førstelinetenesta og andrelinetenesta blir opplevd ulikt av informantane. Kven som samarbeider med kven spelar sjølvstilt ei rolle, fordi det i mange tilfelle rett og slett kan handle om å forstå kvarandre. Andre faktorar som kan spele inn er kva diagnosar det gjeld, nokre er meir utfordrande enn andre.
- Den interne organiseringa i kommunane kan også ha innverknad på korleis kommunen opplever å samarbeide med eksterne aktørar.
- Mangel på god og tett dialog ser ut til å vere ei viktig årsak i dei tilfella samarbeidet ikkje har fungert optimalt. På same måten blir god og tett dialog trekt fram i dei tilfella samarbeidet fungerer godt. Når dialogen i utgreiingsfasane fungerer godt, ser det ut til at resten

av samarbeidet går lettare. Å jobbe for god og tett dialog kan i alle tilfelle lønne seg.

- Dei tilsette i kommunane opplever at det som gjeld overføringssaker for det meste fungerer godt, både mellom kommunen og seksjon for habilitering, og internt i seksjon for habilitering, mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa. Mange kommenterer at dette også fungerte godt før omorganiseringa, men ser for seg at det kan bli ytterlegare betre med samorganiseringa av dei to tenestene, og at livsløpsperspektivet kan kome endå meir i fokus.
- Spørsmål som gjeld rolleavklaring, ansvarsfordeling, forventingar og kva som ligg i samarbeid bør vere i fokus for å kunne få endå betre koordinering mellom førstelinetenestene og andrelinetenestene, noko som er eit viktig utgangspunkt for å betre tenestene til brukarane.

7 Foreldre/nærpersonar

7.1 Innleiing

Vi har altså intervjuet fem foreldre/nærpersonar.⁷ Felles for desse er at dei har vore i kontakt med og fått oppfølging både frå barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa. I tillegg til at dei er spurde om synspunkt på, og eventuelle erfaringar med samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa (jf 4.9), er dei også spurde om erfaringane med tenesta meir generelt, til dømes om i kva grad dei er i kontakt med tenesta og om deira erfaringar med ho.

7.2 Kontakt og erfaringar med habiliteringstenesta

7.2.1 Kontakt

I og med at fleire av brukarane no er vaksne, kan det vere relativt mange år sidan dei først kom i kontakt med habiliteringstenesta, såleis er det fleire som ikkje hugsar korleis kontakten oppstod. Men det ser ut til anten å vere tilsette i ein av seksjonane ved barneavdelinga ved sjukehuset eller hjelpeapparatet i kommunen som har oppretta kontakten med habiliteringstenesta.

Habiliteringstenestene fungerer slik at kontakten mellom foreldre/nærpersonar og habiliteringstenesta er størst når det gjeld barn og unge. Såleis er foreldre i større grad i kontakt med barnehabiliteringa enn med vaksenhabiliteringa.

Var mykje i kontakt med barnehabiliteringa. Både ved oppmøte der, men også ved at dei kom heim og ved at vi ringde når det var noko vi lurte på. Det var aldri noko problem. Er i kontakt no også med vaksenhabilitering, men mindre.

Når det gjeld vaksne brukarar, er kontakten først og fremst mellom det kommunale hjelpeapparatet og vaksenhabiliteringa, og foreldre er i mindre grad involverte i samarbeid med habiliteringstenesta då. Graden av kontakt mellom habiliteringstenesta og foreldre, kan også ha samanheng med korleis foreldre ønskjer det skal vere:

⁷ Meininga var, som nemnt tidlegare, å intervjuet fleire foreldre/nærpersonar. Men i evalueringssperioden har det ikkje vore mogleg å få det på plass.

Vi kunne sikkert hatt direkte dialog med habiliteringa viss vi ville, men vi har på ein måte valt å la dette i størst mogleg grad vere noko som skjer mellom habiliteringa og dei i hjelpeapparatet som har med den daglege oppfølginga å gjere. Så lenge det gir ein god kvardag, så er vi tilfredse.

Vaksenhabiliteringstenesta er også ein viktig instans for foreldre, og tenesta er opa for kontakt med foreldra, men det er likevel på ein annan måte enn tilfellet er når det gjeld brukarane av barnehabiliteringa.

7.2.2 Erfaringar

Situasjonen til brukarane, og dermed behova, varierer. Det medverkar naturleg nok til at foreldra kan ha ulike erfaringar med habiliteringstenesta. Vi skal sjå litt nærare på erfaringane deira og synspunkt dei har når det gjeld samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstenesta.

Foreldre poengterer fordelene med den tverrfaglege tilnærminga som pregar habiliteringstenesta. Ei slik tilnærming gir tryggleik med tanke på at oppfølginga og tiltak som vert sette i verk, så langt som mogleg, tek omsyn til fleire sider og behov ved ein brukar og familien. Når det gjeld å ta tak i ressursane til ein brukar, er det eit par foreldre som meiner at i deira tilfelle vart det i større grad gjort i vaksenhabiliteringa enn i barnehabiliteringa.

Habiliteringstenesta har dekt behova. Men ser etter kontakten med vaksenhabiliteringa at dei i større grad ser brukarane som personar med ressursar som dei har, og i større grad tek utgangspunkt i desse enn tilfellet var ved barnehabiliteringa. Det har ført til nokre nye tiltak og tilbod. Vert meir sett som ein heil person. Barnehabiliteringa kanskje litt meir opptekne av diagnose.

Det var svært mange ulike instansar inne i biletet i utgreiingsfasen. Var på utgreiing på barnehabiliteringa. Der vart det tenkt på kva som var behovet framover. Det var tydeleg at dei (i habiliteringstenesta) kunne sjå for seg kva som kom til å bli behovet framover og det var bra.

Foreldre kan ha svært ulike forventningar til habiliteringstenesta. Somme framhevar at dei er klar over at habiliteringstenesta både har avgrensa

med ressursar og at kompetansen, som til ei kvar tid er i tenesta, ikkje kan dekke alle behov ein brukar har.

Vi har hatt ei innstilling der vi veit at dei ikkje kan trylle, og difor har vel forventningane vore realistiske.

Kva forventingar foreldre har, spelar truleg ei rolle for i kva grad dei er tilfredse med tenestene eller ikkje. Elles ser situasjon og diagnose ut til å vere moment som påverkar forholdet til og erfaringar med habiliteringstenesta. Kompliserte diagnosar og situasjonar er ei utfordring både for foreldre og hjelpeapparatet, noko som også kan skape utfordringar i forholdet mellom dei. Ei løysing i slike tilfelle kan vere å spele meir på lag med andre fagmiljø. Eit foreldrepar meiner habiliteringstenesta burde vore meir open for å hente kompetanse utanfrå i tilfelle dei sjølve ikkje har kompetansen som trengst.

Somme nemner at det ser ut til å vere endringar på gang:

Men det har skjedd endringar der no. Det verkar som det er noko på gang. Siste åra har det skjedd noko i habiliteringstenesta og kontakten har vore god, det er ei meir positiv innstilling blant dei tilsette i tenesta og det er lettare å ta kontakt.

Uavhengig av kva situasjon brukarar og foreldre er i, og kva kompetanse habiliteringstenesta har å bidra med i dei ulike tilfella, er opplevinga av å verte tatt på alvor det alle viktigaste:

Det aller viktigaste er å bli tatt på alvor og behandla med respekt.

Ein måte å vise respekt på er mellom anna å legge til rette for at foreldre får vere med i prosessen rundt planlegging av tiltak og oppfølging:

Vi har blitt spurde om å kome med innspel og synspunkt, og habiliteringstenesta tek desse innspela på alvor, det er bra og positivt.

Eit anna tiltak, som foreldre set pris på, er at dei får vere med på kurs og opplæringstiltak, som i utgangspunktet kan vere retta mot hjelpeapparatet i kommunen:

Vi har vore med på habiliteringstenesta si kursing av kommunen sine folk. Dette er svært nyttig. Det skulle vore fleire slike. Nyttig både for oss og for dei i kommunen. Det trengst repetisjon.

Dialog og samarbeid mellom foreldre, kommunar og habiliteringstenesta er som regel eit godt utgangspunkt for at tiltak og oppfølging skal kunne fungere som tenkt. Ikkje minst er samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstenesta ein viktig faktor. Vi skal kome inn på korleis foreldre vurderer samarbeidet mellom kommunane og habiliteringstenesta.

7.3 Oppfatningar om samarbeidet mellom habiliteringstenesta og kommunen

Det kommunale hjelpeapparatet og habiliteringstenesta har ulike roller. I somme tilfelle kan det vere vanskeleg for foreldre å forstå desse rollene, og dermed ha føresetnad for å vite kva som kan forventast av dei to instansane. Ikkje minst vert det vanskeleg når foreldra opplever at rollefordelinga mellom dei to nivåa ikkje har vore tilstrekkeleg avklara:

Dei siste åra har dette vore bra. Men erfaringa er at det er svært dårleg rolleavklaring mellom kommunen og habiliteringstenesta. I mange tilfelle er det svært utydeleg kven som har ansvar for kva, noko som har medverka til til dels uheldige episodar som går ut over brukarane.

Dette foreldrepåret formidlar ei oppleving der rolleavklaring mellom kommunen og habiliteringstenesta vart tema på møte der foreldra var. Men erfaringa er at samarbeidet mellom dei to nivå har vorte betre dei siste åra. På same måte somme foreldre opplever at habiliteringstenesta fungerer betre og er meir open for dialog, meiner dei også at samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstenesta fungerer betre enn før.

Foreldre kommenterer elles at deira erfaring er at kommunen for det meste har gjort det som er mogleg for å følgje opp tiltak som habiliteringstenesta og kommunen har kome fram til, men at det kan skorte på ressursar og arbeidskraft i kommunen. Det er fleire foreldre som er inne på at ”kommunen prøver å gjere som habiliteringstenesta seier”.

Dei som arbeider i kommunen har stor respekt for habiliteringstenesta, og høyrer på det dei foreslår og seier.

Gode erfaringar med samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstenesta. For oss som foreldre ser det ut til at det har fungert bra. Har berre gode erfaringar. Kommunen ser ut til å ha følgt opp tiltak og forslag til opplegg frå habiliteringstenesta.

Det kan sjå ut til at nokre foreldre oppfattar det slik at tiltak og forslag som gjeld oppfølging av deira barn for det meste er basert på vurderingar som er gjort i habiliteringstenesta, og som kommunen mottek og prøver å følgje opp. Altså at kommunen ikkje har, eller skal ha, medverka i prosessen. Andre poengterer at det nettopp er dialogen og møta mellom habiliteringstenesta, foreldre og ulike aktørar i kommunen som ligg til grunn for dei positive erfaringane med samarbeidet med habiliteringstenesta.

7.4 Oppsummering foreldreperspektivet

- Foreldre og andre nærpersonar vi har vore i kontakt med, har ulike erfaringar med samarbeidet med habiliteringstenestene. Det ser ut til at diagnosar og situasjonen til dei som har behov for tenester, spelar ei rolle med tanke på kva erfaringar foreldra har.
- Forventningane som foreldra har til tenesta er også viktig, somme har store forventningar, som habiliteringstenesta, mellom anna på grunn av mangel på kompetanse, ikkje kan leve opp til. Andre gir uttrykk for at dei har forventningar som er meir i samsvar med det som er realistisk utifrå kjennskapen dei har til tenesta.
- Spørsmålet om kva som bør kunne forventast og kva som er realistisk å forvente, har vi ikkje gått nærare inn på. At dette spørsmålet bør vere tema i habiliteringstenesta, er føremålstenleg både for tenesta sjølv, og for forholdet til det kommunale hjelpeapparatet og brukarar elles.
- I tilfelle der habiliteringstenesta ikkje har all den kompetansen som trengst i utgreiing eller oppfølging av ein brukar, ser det ut til at foreldre ikkje alltid er tilfredse med tenestene frå habiliteringstenesta.
- Somme foreldre formidlar eit ønske om at habiliteringstenesta i større grad spelar på andre fagmiljø, i tilfelle der tenesta sjølv ikkje har kompetansen som trengst.
- Generelt ser det ut til at opplevingane knytte til overgangar mellom barnehabiliteringa og vaksnehabiliteringa fungerer godt, slik foreldre oppfattar det.

- Samarbeidet mellom habiliteringstenesta og det kommunale hjelpeapparatet vert vurdert som føremålstenleg. Men det kjem fram at rolleavklaringa mellom dei to nivåa ikkje alltid er tydeleg for foreldre, som også erfarer at rolleavklaringa mellom habiliteringstenesta og kommunane seg i mellom heller ikkje verkar avklara i alle tilfella.

8 Oppsummering og vegen vidare

8.1 Innleiing

Rapporten er tufta på evaluering av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre. Hovudfokuset har vore på samorganiseringa av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, men evalueringa har også evaluert seksjon for habilitering meir generelt.

8.2 Organisering av habiliteringstenesta

Ved å samle vaksenhabiliteringa og barnehabilitering i ein seksjon har ein i alle fall formelt og organisatorisk fått ei fagleg styrka teneste, sjølv om det førebels i liten grad har gitt seg utslag i fagleg utveksling og bruk av personellressursar på tvers. Men det er etablert nokre faggrupper som mange meiner fungerer godt. Overføringssaker ser for det meste ut til å vere eit felt habiliteringstenesta har fått føremålstenlege rutinar for. Både tilsette i habiliteringstenesta, kommunar og foreldre opplever at det fungerer godt. Somme stiller likevel spørsmål ved i kva grad det er resultat av samorganiseringa, fordi dei meiner at dette også fungerte relativt godt tidlegare. Vårt inntrykk er likevel at samorganiseringa har medverka til endå betre samarbeid om desse sakene.

Sjølv om mange av dei tilsette i vaksenhabiliteringa ønskte samorganisering med psykiatrien, er det ingen av dei vi har snakka med som gir uttrykk for at dei er direkte negative til organiseringa slik ho er no, med plassering i barneavdelinga. Plassering i psykisk helsevern kan ha fordelar fordi mange av brukarane har dobbeldiagnosar, som gjer at dei treng tenester både frå habiliteringa og psykisk helsevern, eller fordi dei er i gråsona mellom desse. Men somme trur at habiliteringstenesta har betre vilkår i ei barneavdeling enn dei ville hatt i psykiatrien.

Barneteamet og vaksenteamet er lokalisert i kvar sine etasjar i eit av bygga til Helse Sunnmøre. Å vere i same bygget gjer det enklare å ta kontakt, men å vere i kvar sine etasjar er ein ulempe med tanke på dagleg kontakt. Samorganisering og samlokalisering har ført til at fleire av dei tilsette i større grad er bevisste på at dei er ei teneste, med éin leiar, og det har skjedd nokre endringar i kontaktmønster og tilnærming mellom dei to teama. Likevel er det i liten grad slik at habiliteringstenesta i

praksis nyttar personalressursar på tvers eller er fagleg sterkare på grunn av samorganiseringa.

Flesteparten av dei tilsette gir uttrykk for at dei ser det er meir å hente fagleg, og at fagleg samarbeid kan medverke til utvikling av eigen kompetanse og betre tenester overfor brukarane. Dei er positive til å prøve nye samarbeidsmåtar, men er bekymra for om tida strekker til. Etablering av samarbeid krev tid og ressursar, ikkje minst i ein overgangs- og etableringsfase. Dersom det er eit mål å fremje ein felles identitet, auke samarbeidet, medverke til ei fagleg styrka teneste og i større grad å bruke personalressursar på tvers av team, må det vere særleg fokus på det, og setjast inn ekstra ressursar.

Framleis er det for det meste barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, ikkje seksjon for habilitering, som vert brukt både når tilsette omtalar sin arbeidsplass og når brukarar snakkar om tenesta.. Identiteten og lojaliteten til eige team er framtreddande. Men felles leiing, nokre felles faggrupper og samlokalisering av barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa ser ut til å vere grep som kan ha medverka til at dei i alle fall erkjenner å vere i ein seksjon.

For habiliteringa som fagfelt kan det vere ein styrke at vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa er organisert i ein seksjon. Kva avdeling tenesta er plassert i, har truleg mindre å seie med tanke på det målet. Gråsoner mellom tenester oppstår oftast uansett kva organisering som er valt, og koordineringsbehov finst ved dei fleste organiseringsalternativ. Både dei tilsette og brukarane vil kunne tene på meir samarbeid og fagleg utveksling mellom barnehabiliteringa og vaksenhabiliteringa, utan at det treng å føre til svekka spisskompetanse, som nokre fryktar kan vere ein konsekvens av meir bruk av personalressursar på tvers av team.

Det kan hende at eit større og breiare fagleg samansett habiliteringsteneste vil vere meir attraktiv i rekrutteringssamanheng. Evalueringa viser at tilgang på visse faggrupper i tenesta også spelar ei viktig rolle for samarbeidet mellom seksjon for habilitering og andre tenester i Helse Sunnmøre, og for samarbeid med aktørar utanfor helseforetaket. Mellom anna har tilsetjing av lege i vaksenhabiliteringa medverka til ei positiv utvikling i vaksenhabiliteringa, både for den

interne verksemda og når det gjeld samarbeid med andre tenester i helseforetaket.

Samorganiseringa hadde fleire mål, mellom andre auka fokus på livsløpsperspektivet. Inntrykket vårt er at livsløpsperspektivet, i form av det som vert gjort i tilknytning til konkrete overføringssaker fungerer tilfredsstillande og til dels svært godt i dei fleste tilfella. Når det gjeld meir overordna fagleg fokus på korleis livsløpsperspektivet kan ligge til grunn for arbeidet, kan det bli endå tydlegare.

Dersom andre vurderer ei liknande organisering, er det ikkje noko i evalueringa av habiliteringstenesta i Helse Sunnmøre som tyder på at det ikkje er ei god løysing. Utifrå evalueringa vurderer vi det slik at samorganiseringa har større potensial enn effektane førebels viser. Men det må gjerast grep for å unytte potensialet i større grad, som å arbeide i felles prosjekt, tilsette psykolog og setje inn ekstra ressursar retta mot samarbeidstiltak. Tilsette har ulike oppfatningar om kva meir samarbeid på tvers av team kan føre til. Difor kan det også vere nødvendig å drøfte kva som skal vere føremålet med samarbeid og bruk av personalressursar på tvers av team. Kva det vil seie å ha sterkare vekt på livsløpsperspektivet, bør også vere tema i arbeidet vidare. Ikkje minst må leiarmodellen vurderast nærare.

8.3 Samarbeid med andre tenester i Helse Sunnmøre

I dei tilfella det er tydeleg at det er nødvendig å samarbeide, får dei ulike tenestene mykje ut av å samarbeide med kvarandre. Eventuelle utfordringar dukkar opp når det er snakk om diagnosar som ligg i grenseland mellom dei ulike tenestene, eller i tilfelle det gjeld dobbeldiagnosar. Samarbeid mellom tenester, som ikkje høyrer til same avdeling, føreset gode rutinar for fordeling av ansvar. At habiliteringstenesta er representert med faggrupper, som også finst i dei avdelingane det er nødvendig å samarbeide med, ser likevel ut til å ligge til grunn i mange av tilfella der samarbeidet mellom tenester fungerer særleg godt.

8.4 Samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet

God dialog mellom kommunen og habiliteringstenesta er ein føresetnad i utgreiingsfasar og med tanke på å sikre eit godt utgangspunkt for oppfølging i kommunen. Spørsmål knytte til rolleavklaring,

ansvarsfordeling og forventingar til habiliteringstenesta bør vere i fokus for å kunne få endå betre koordinering mellom førstelinetenestene og andrelinetenestene, noko som er eit viktig utgangspunkt for å betre tenestene til brukarane.

Seksjon for habilitering er ein del av spesialisthelsetenesta, som mellom anna vil seie at dei har rettleiingsansvar overfor kommunane, og at kompetansen skal vere på spesialisthelsetenenivå. Tilsette opplever at vilkåra for kompetanseutvikling er svekka, og stiller dermed spørsmål ved i kva grad og kor lenge habiliteringstenesta er i stand til å vere på eit spesialisthelsetenenivå, dersom vilkåra for kompetanseheving stadig vert dårlegare.

8.5 Foreldreperspektivet

Foreldre gir uttrykk for ulike erfaringar med tenestene, men nokre moment med tanke på vidare arbeid kan likevel nemnast.

Overføringssaker fungerer for det meste godt, og det ser ut til at habiliteringstenesta har funne ei føremålstenleg form på det arbeidet. Habiliteringstenesta bør i større grad spele på kompetansen som finst i eiga teneste (også hos andre enn dei som er inne i saka) og på andre fagmiljø og tredjelinetenesta. Ansvars- og rollefordelinga mellom det kommunale hjelpeapparatet og habiliteringstenesta må vere avklara og tydeleggjort overfor foreldre/nærpersonar. Det kan også medverke til at foreldre/nærpersonar i større grad veit kva som kan forventast av habiliteringstenesta.

8.6 "Oj, går det an?"

" *Oj, går det an?* var reaksjonen frå ein tilsett på forslaget om at vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa i Helse Sunnmøre skulle samorganiseras i ein seksjon i barneavdelinga. Evalueringa viser at det går an, men at det må gjerast nokre grep for at måla med samorganiseringa i større grad skal bli realisert.

Referansar

- Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus, barneavdelinga, seksjon for habilitering (2008): *Årsmelding 2007. Seksjon for habilitering. Barn-/vaksenteamet.*
- Helsedepartementet (2004): *Habilitering av barn. Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling*
- Helse Midt-Norge (2004): *Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge 2005-2010. Strategiplan*
- Lichtwarck, W (1999): *Spesialistkrav og politiske reformbehov – en studie av den fylkeskommunale habiliteringstjenesten for voksne.* Dr.polit.avhandling, fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges Naturvitenskaplige universitet NTNU.
- Lichtwarck, W, Handegård, T.L. og Bliksvær. T. (2005): *Gjennomgang av habiliteringstjenesten for voksne. Nordlandsforskning, NF-arbeidsnotat nr 1007/2005.*
- Lie, I (1996): *Rehabilitering og habilitering.* Ad Notam, Oslo.
- Sommer, F. (2001): *Habilitering av barn – et fag i utvikling. Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr 8, 2001; 121: 965-968.
- Sosial- og helsedepartementet (no Helse- og omsorgsdepartementet) (2001): *Forskrift om habilitering og rehabilitering av* 28.06.2001/01.07.2001.
- Tetzchner, S og Schiorbeck, H. (1992): *Habilitering.* Ad Notam, Oslo.
- Vøllo, A (2007): *Habilitering av barn.* Presentasjon på vårmøtet 2.2.2007. Barneavdelingen/habiliteringstjenesten, Sykehuset Østfold.
- http://www.sykehusetostfold.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=2044&iInfoId=6453&iDisplayType=2&mids=

Vedlegg – intervjuguide

**Evaluering av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre
Intervjuguide
Tilsette i habiliteringstenesta**

1. Korleis vurderer du samorganiseringa av dei to tenestene?
 - Organisatorisk, administrativt?
2. Korleis har omorganiseringa påverka samarbeidet og forholdet mellom vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringa?
3. I kva grad og korleis har omorganiseringa medverka til meir føremålstenleg bruk av personellressursar (tilsette) i habiliteringstenesta?
4. I kva grad og på kva måtar har omorganiseringa lagt grunnlag for ei fagleg sterkare habiliteringsteneste, slik du opplever det?
5. I kva grad og på kva måtar har omorganiseringa medverka til at livsløpsperspektivet i større grad vert lagt til grunn for arbeidet?
6. Kva oppfattar du som sterke og svake sider ved samorganiseringa av dei to tenestene?
7. Kva meiner du kan gjerast for å betre samarbeidet og den delen av tenesta der du arbeider?
8. Kva er kvalitet i arbeidet med habiliteringstenesta, slik du oppfattar det?
9. Om samarbeidet med det psykiske helsevernet
10. Om samarbeidet med kommunane, eventuelt foreldra

Evaluering av seksjon for habilitering. Helse Sunnmøre Intervjuguide kommunane

1. På kva måtar og i kva grad samarbeider de med habiliteringstenesta?
2. Kva type støtte/retteiing e.l er det behov for?
3. I kva grad samarbeider de med tenesta ut over det som er knytt til enkeltbrukarar? (Generell retteiing, rådgjeving på tema/metodar/spørsmål osv).
4. I kva grad deltek de på konferansar/seminar som habiliteringstenesta er med og arrangerer?
5. Kva erfaringar har de med samarbeidet med habiliteringstenesta?
 - Kva fungerer bra/kva fungerer mindre bra?
 - Er det kompetanse de saknar hos habiliteringstenesta?
 - Er det noko i samarbeidet de meiner skulle vore annleis, eventuelt kva og kvifor?
6. I kva grad brukar de andre aktørar (BUP, ulike kompetansesenter o.a.) i tilfelle der det kunne vore aktuelt å bruke habiliteringstenesta?
7. Kjenner de til at vaksen- og barnehabiliteringstenesta er samorganisert i ein seksjon i barneavdelinga, Helse Sunnmøre?
8. Eventuelt, på kva måtar har denne samorganisering kome til uttrykk overfor dykk?
9. I kva grad trur de dette er ei føremålstenleg organisering? Kvifor/kvifor ikkje?
10. Andre synspunkt?

**Evaluering av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre
Intervjuguide foreldre/nærpersonar til brukarar av
habiliteringstenesta**

1. Korleis kom de i kontakt med habiliteringstenesta?
2. Korleis opplevde de utgreiingsfasen/prosessen?
3. I kva grad og på kva måtar er de i kontakt med tenesta?
4. Kva erfaringar har de med samarbeid/koordinering mellom kommunen og habiliteringstenesta?
5. Kva er dykkar erfaring med habiliteringstenesta?
 - I kva grad dekkjer tenesta dykkar behov? Kvifor/kvifor ikkje?
 - Generell vurdering av tenesta
6. Kjenner du til samorganiseringa av dei to tenestene (barnehabilitering/vaksenhabilitering)?
7. På kva måtar har denne samorganiseringa kome til uttrykk overfor dykk?
8. I kva grad opplever du at livsløpsperspektivet ligg til grunn for arbeidet overfor dykk?
9. Er dette meir/mindre framtrødande no enn tidlegare?
10. Andre kommentarar?

**Evaluering av seksjon for habilitering. Helse Sunnmøre
Intervjuguide psykisk helsevern barn og unge, og
vaksenpsykiatrisk avdeling**

1. På kva måtar og i kva grad samarbeider de med habiliteringstenesta?
2. Kva erfaringar har de med samarbeidet med habiliteringstenesta?
3. Kva fungerer bra/kva fungerer mindre bra?
4. Er det noko i samarbeidet de meiner skulle vore annleis, eventuelt kva og kvifor?
5. Kjenner de til at vaksenhabiliteringa og barnehabiliteringstenesta er samorganisert i ein seksjon i barneavdelinga, Helse Sunnmøre?
6. Eventuelt, på kva måtar har denne samorganisering kome til uttrykk overfor dykk?
7. I kva grad trur de dette er ei føremålstenleg organisering? Kvifor/kvifor ikkje?
8. For vaksen: Kunne plassering som seksjon i vaksenpsykiatrisk avdeling vore ei føremålstenleg alternativ organisering? Kvifor/kvifor ikkje?
9. For barn/unge: Kunne plassering som seksjon i vaksenpsykiatrisk avdeling vore ei føremålstenleg alternativ organisering? Kvifor/kvifor ikkje?

Evaluering av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre Intervjuguide fysikalsk medisin og rehabilitering

1. Korleis var arbeidet med vaksenhabiliteringa organisert den tida tenesta var i avdeling for fysmed og rehab?
2. Kva var erfaringane med å ha denne tenesta i avdelinga?
3. Kan du seie litt om prosessen knytt til omorganiseringa av habiliteringstenesta?
4. På kva måtar var denne prosessen diskutert i avdelinga?
5. Kva reaksjonar var det (blant tilsette i avdelinga) på at vaksenhabiliteringa skulle ut av avdelinga?
6. På kva måtar og i kva grad samarbeider fysmed/rehab med habiliteringstenesta no?
7. Kva erfaringar har de med samarbeidet med habiliteringstenesta?
 - Kva fungerer bra/kva fungerer mindre bra?
 - Er det noko i samarbeidet de meiner skulle vore annleis, eventuelt kva og kvifor?
8. I kva grad trur du dagens løysing er ei føremålstenleg organisering? Kvifor/kvifor ikkje?

Evaluering av seksjon for habilitering, Helse Sunnmøre Intervjuguide barneavdelinga

1. Kan du seie litt om prosessen knytt til omorganiseringa av habiliteringstenesta?
2. På kva måtar var denne prosessen diskutert i avdelinga?
3. Kva reaksjonar var det (blant tilsette i avdelinga) på at vaksenhabiliteringa skulle inn i avdelinga?
4. Korleis kjem samorganisering av habiliteringstenesta til uttrykk i avdelinga?
5. Kva er erfaringane med å ha både barnehab og vaksenhab i avdelinga?
 - Kva fungerer bra/kva fungerer mindre bra?
 - Er det noko du meiner skulle vore annleis, eventuelt kva og kvifor?
6. I kva grad trur du dagens løysing er ei føremålstenleg organisering? Kvifor/kvifor ikkje?