

**Brukeres erfaringer med
opphold ved
Distriktsmedisinsk senter.**

Rapport fra Bruker Spør Bruker
Værnesregionen Distriktsmedisinske senter.

Heidi Westerlund og Dagfinn
Bjørngen, Stiftelsen KBT Midt-
Norge.

17.10.2013



Forord:

I 2009 fikk KBT - Midt Norge (www.kbtmidt.no), muligheten til å prøve metoden Bruker Spør Bruker (www.brukererfaring.no) i en 3 årig forsknings og utviklings avtale med Helse Midt-Norge RHF. Vi har i denne perioden gjennomført 3 evalueringer, ved St. Olavs Hospital, Sykehuset Levanger og Namsos og nå ved Værnesregionen DMS.

Satsingen har vært vellykket. Først og fremst skyldes det godt samarbeid med Helse Midt-Norge RHF v/Unni Dahl, som har vært vår kontaktperson i disse årene. I dette prosjektet har det i tillegg vært et utvidet samarbeid med Unni Dahl. Som del av denne undersøkelsen er det også samlet inn data som skal brukes i videre forskning ved NTNU.

Gjennomføringen av Bruker Spør Bruker Værnesregionen DMS har også vært vellykket.

Vi takker Ann Sissel Helgesen, koordinator Kari Granås og øvrig personale for god mottagelse og godt samarbeid i gjennomføringen og for å få muligheten til å bli kjent med dette viktige tilbudet for innbyggerne i Værnesregionen.

Til dere som har sagt ja til å bli intervjuet som del av undersøkelsen: Takk for at dere ville dele erfaringene deres med oss.

Vi håper vi har vært i stand til å formidle det som er viktig for dere i tilbudet!

Trondheim, oktober 2013.

Med vennlig hilsen

Heidi Westerlund

Dagfinn Bjørgen

Stiftelsen KBT Midt-Norge.

ISBN 978-82-93532-38-5

Innholdsfortegnelse:

Innholdsfortegnelse:	2
Rapportens oppbygging:	3
Mål for Bruker Spør Bruker evalueringen ved Værnesregionen DMS:	3
Tjenestebeskrivelse - Værnesregionen Distriktsmedisinske senter:.....	4
Bruker Spør Bruker(BSB) – metode.....	5
Gjennomføring av Bruker Spør Bruker ved Værnesregionen DMS:.....	6
Utvikling av intervjuguide:.....	7
Vurdering av utvalg og representativitet:	8
Intervju med pasienter.....	8
Analyse av data – grunnlag for rapport:.....	9
Resultater fra Bruker Spør Bruker:.....	10
KAP 1: Hva bidrar til pasientenes tilfredshet med Værnesregionen DMS?	10
Pasientenes opplevelse av hva som er den viktigste hjelpen de får ved Værnesregionen DMS..	10
KAP 2 Pasienters opplevelse av informasjon og kommunikasjon under oppholdet.....	12
KAP 3 Innkomst og mottak ved DMS:.....	14
KAP 4: Pasientenes vurdering av kompetanse ved VRDMS.	16
KAP 5 Personalets krav til mestring. Pasientens medvirkning under oppholdet.....	17
Pasienters opplevelse av ventetid.....	18
KAP 6 Pasienters opplevelser av å være trygg og bli ivaretatt under DMS oppholdet:.....	19
Videreføring av medisinsk oppfølging:.....	19
Kontakt med lege.	19
KAP 7 Pasienters opplevelse av DMSets tilrettelegging for hjemmesituasjon etter oppholdet.....	21
Trygghet i hjemmet etter opphold:.....	21
Mulige tiltak for kartlegging av hjelpemidler og behov for bistand i hjemmet:	21
KAP 8 KBT Midt-Norges anbefalinger:.....	23
Intervjuguide for Bruker Spør Bruker Værnesregionen DMS.....	25

Rapportens oppbygging:

Rapporten er en presentasjon av gjennomføring og resultater fra KBTs brukerundersøkelse Bruker Spør Bruker ved Værnesregionen DMS i 2012 og 2013.

Den er utarbeidet i et samarbeid mellom KBT Midt-Norge v/ Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen, med bistand fra leder ved DMS, Ann Sissel Helgesen.

Den er en oppsummering av hovedtema og resultater fra intervjuer med pasienter og møter og dialogseminarer i personalgruppa ved DMS og dialogkonferansen for prosjektet, som ble arrangert den 11. september 2013 - i Stjørdal Rådhus.

Rapporten har 8 kapitler. I første del av rapporten går vi gjennom bakgrunn, metode og gjennomføring av brukerundersøkelsen. Kapittel 2 - 7 er en temastruktur hvor de av de viktigste resultater i undersøkelsen blir presentert.

I kapittel 8 er KBT Midt-Norges anbefalinger og konklusjoner til Værnesregionen DMS oppsummert. Vi har lagt stor vekt på pasientenes opplevelse av oppholdet og hva som bidrar til deres tilfredshet med tilbudet i anbefalingene.

Mål for Bruker Spør Bruker evalueringen ved Værnesregionen DMS:

I forsknings og utviklingsavtalen mellom KBT Midt-Norge og Helse Midt-Norge RHF er det forutsatt at: *«KBT skal bidra til å utvikle brukerinvolvering i evaluering og forskning og tjenesteutvikling gjennom dialogbaserte metoder og prøve ut metoden Bruker Spør Bruker i somatiske helsetjenester.»*

Fra 2009 – 2012 har vi gjennomført 3 pilotforsøk som del av denne avtalen. Metoden blir gjennom det - prøvd ut for andre av foretakets innsatsområder/målgrupper enn psykisk helse/rus. I 2010/11 gjennomførte KBT en BSB for Revmatologisk avdeling ved St Olavs Hospital.

I 2011/12 var oppdraget å evaluere prosjektet Familieambulatoriet i Helse Nord-Trøndelag ved å gjennomføre BSB. I 2011 ble DMS Værnesregionen spurt om å være det 3 pilotforsøket innenfor FOU-avtalen.

En av Bruker Spør Bruker sine grunnleggende forutsetninger, er at gjennomføring skal være relevant for den tjenesten som evalueres. Problemstillingene for undersøkelsen ble derfor utviklet i samarbeid mellom KBT Midt-Norge og personalgruppen ved Værnesregionen DMS.

Det ble også lagt vekt på at evalueringen skulle baseres på pasientenes opplevelse av DMSets tilbud. Det er derfor valgt en utforskende tilnærming i intervjuene for å sikre at pasientenes erfaringer blir førende for evalueringen. Pasientenes erfaringer og opplevelse av tilbudet har vært grunnlaget for hvilke tema som er viktige, i intervjusituasjon og møter og dialog med personale og samarbeidspartnerne til DMSet. En annen hensikt med å beskrive tilbudet slik pasient opplever det, er at det er lite sammenligningsgrunnlag fra tidligere forskning og evalueringer av tilbudet å bygge på.

Tjenestebeskrivelse - Værnesregionen Distriktsmedisinske senter:

DMS er en forkortelse for Distriktsmedisinsk Senter. DMS er tenkt å inneholde desentraliserte spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester.

Innhold og størrelse på et DMS, avgjøres ut fra lokale forhold. Man antar at disse enhetene kan tenkes å inngå i et DMS: Poliklinikk, lærings- og mestringssenter, ambulant virksomhet, dag- og heldøgns spesialisthelsetjeneste, inkludert senger.

(Kilde: <http://www.sykehusplan.no/index.php?ObjectID=1001>)

Fire kommuner samarbeider om Værnesregionen Distriktsmedisinske senter, beliggende i Stjørdal by. De samarbeidende kommunene er Meråker, Selbu, Stjørdal og Tydal.

Avdelingen tilbyr 16 sengeplasser der 12 senger er forbeholdt intermedieære pasienter.

En intermedieær pasient er en overflyttingsklar pasient som har vært innlagt sykehus for å få stilt riktig diagnose, men som fortsatt er i aktiv medisinsk behandling.

Værnesregionen Distriktsmedisinske senter (VRDMS) gir tilbud til pasienter fra de samarbeidende kommunene i Nord og Sør-Trøndelag fylke.

Ifølge avdelingens statistikk gir de tilbud til ca. 40 % såkalte kirurgiske pasienter og 60 % såkalte medisinske pasienter.

Pasientene som kommer til opphold ved DMS, har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten (sykehusavdelinger) forut for oppholdet. Det stilles krav om at pasienter som får opphold, skal være diagnostisert og ha en planlagt og igangsatt behandling for sin tilstand.

Det distriktsmedisinske senteret tilbyr videreføring av medisinsk behandling, gir enkel rehabilitering og klargjør pasienten til utskrivning i samarbeid med kommunehelsetjenesten i respektive kommuner.

DMS gir også tilbud for pasienter med avklarte tilstander, der pasienten må ha medisinsk behandling, observasjon og oppfølging en kortere periode, inntil 5 døgn.

Personalgruppen ved VRDMS består av:

- Leger
- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Hjelpepleiere
- Ergoterapeuter
- Fysioterapeut

De ansatte har høy kompetanse og bred erfaring fra ulike spesialiteter og avdelinger. Avdelingen jobber etter prinsipper for tverrfaglig samarbeid. Sengeplassene ved DMS, disponeres i hovedsak av Sykehuset Levanger, men avdelingen tar også imot pasienter fra andre sykehus. De resterende sengeplassene er disponert i samarbeid med brukerkontoret i Stjørdal. Disse plassene brukes ofte til utredning/vurdering av hjelpebehov og generell opptrening.

Avdelingen tilbyr også dagbehandlinger og utover sengeposten består Værnesregionen DMS av ulike polikliniske tilbud, knyttet til allergivaksiner, gynekologi, ortopedi og urologi og dialyse.

DMSet har lokaler i utkanten av Stjørdal sentrum, samlokalisert med ulike kommunale tjenester i kommunen og Frisklivsentral.

Bruker Spør Bruker(BSB).

Bruker Spør Bruker er en dialogbasert evalueringsmetode som har vært under utvikling siden 1998. I denne tidsperioden er dokumentasjon av erfaringer med helsetjenester samlet i gruppemøter og intervjuer med 1569 personer som er/har vært bruker i kommuner og helseforetak, i ulike deler av landet.

Brukererfaringer er grunnlag for utvikling og kvalitetsforbedring av tjenester og brukerdiallog i BSB.

Konkrete tilbakemeldinger på egen praksis, tydeliggjøring av brukerperspektivet i tjenesten og bedret dialog med brukerne er noen av de viktigste motivasjoner for tjenester til å benytte metoden, i følge de evalueringer som er gjort av metodikken.

BSB vektlegger lav terskel for deltagelse fra brukere i undersøkelsene. Dette er en viktig forutsetning for BSB er å nå de målgrupper som vanligvis ikke kan delta i brukerundersøkelser, slik at deres erfaringer kan bli tilgjengelig for tjenester.

Historikk, metodiske beskrivelse og rapporter for Bruker Spør Brukerundersøkelser er samlet på:

www.kbtmidt.no

www.brukererfaring.no

Gjennomføring av Bruker Spør Bruker ved Værnesregionen DMS:

Evalueringemetoden "Bruker Spør Bruker (BSB)" (www.brukererfaring.no) har blitt utviklet og gjennomført i norsk psykisk helsetjeneste siden 1998.

Metoden anvendes til å evaluere en tjeneste fra brukernes perspektiv og gjennomføres av utdannede prosessledere i Bruker Spør Bruker.

Metoden består av følgende trinn:

1. Det utarbeides problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten og tjenesten legger til rette for undersøkelsen ved forankring i egen organisasjon og praktisk tilrettelegging inkludert rekruttering av deltakere.
2. Det gjennomføres gruppe- og individuelle intervjuer med brukere om deres erfaringer med tjenesten. Intervjuene blir tatt opp og transkribert.
3. Analysen av dette materialet presenteres i en prosessrapport som brukes i en dialogkonferanse hvor tjenesterepresentanter og brukere invitert av tjenesten møtes for å diskutere og validere de foreløpige funnene. Samtidig er dialogkonferansen en fortsettelse av datainnsamlingen ved at nye vinklinger og funn som kommer frem innarbeides i sluttrapporten.
4. Sluttrapporten, som består av oppsummerende tekst og illustrerende sitater, er en omforent beskrivelse av hvordan tjenesten oppleves.

Denne gangen har også BSB evalueringen vært en del av forskningsprosjektet «Kan utskrivning via en intermediærtjeneste (som VR DMS) forebygge sykdomsutvikling og funksjonstap uten økte kostnader?».

Utvikling av intervjuguide:

Arbeidet med utvikling av spørsmål og intervjuguide for undersøkelsen ved Værnesregionen DMS, ble startet høsten 2012. En arbeidsgruppe bestående av Ann Sissel Helgesen, Heidi Westerlund, Unni Dahl og Dagfinn Bjørgen har stått for utarbeidelse av spørsmål for undersøkelsen og planlegging av gjennomføringen.

Det ble utarbeidet utkast til intervjuguide, med 7 hovedtema. Temaene er basert på personalgruppens gjennomgang av de områder de selv ser som sine viktigste oppgaver, hovedmål for virksomheten og sentrale innsatsområder. I tillegg ble respondentene stilt spørsmål innenfor noen tema som inngår i Unni Dahl sitt forskningsprosjekt og som ikke er del av denne rapporten.

Intervjuguiden er en temaguide, det vil si at den er en sjekklister for intervjuer over hvilke tema som man i skal ha vært gjennom når intervjuet er over. Guiden som er brukt i denne undersøkelsen har også inneholdt noen faste spørsmål, som intervjuer skal ha stilt i løpet av intervjuet.

Intervjuguiden som er brukt i prosjektet har hatt disse hovedtemaene:

1. Generell tilfredshet med DMS-tilbudet.
2. Innkomst og informasjon om tilbudet.
3. Motivasjon/mål og krav til mestring under oppholdet.
4. Personalets krav til pasienten og mulighet for medvirkning under oppholdet.
5. Hvordan beskrives tilbudet ved VR DMS av pasientene? Hvilken bistand og hjelp har vært viktigst under oppholdet?
6. Effektivitet for pasienten i DMS tilbudet.
 - a. Fleksibilitet
 - b. Ventetid
 - c. Arbeidsoperasjoner.
7. Planlegging av oppfølging i hjemmesituasjonen.

Hovedmålet for KBTS brukerundersøkelser er å legge til rette for at pasienters/brukeres erfaringer skal kunne være nyttige for forbedring og utvikling av et tilbud.

I Bruker Spør Bruker vektlegges en åpen tilnærming, gjennom åpne spørsmål som følges opp med dybde spørsmål i intervjuene. Selve samtalen mellom møtedeltagerne i en fokusgruppe er en viktig del av det å komme frem til erfaringene med tilbudet og brukernes refleksjoner på disse.

Vurdering av utvalg og representativitet:

36 pasienter har deltatt i intervjuene og alle er gjennomført av KBT v/ Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen. Pasientene/respondentene, er rekruttert av DMSets personale, som har innhentet samtykke og praktisk lagt til rette for intervjuene, som ble gjennomført i DMSets lokaler.

Totalt ble det 6 gruppeintervjuer og 5 eneintervjuer med pasienter i denne undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2012 til juni 2013.

Pasienter som har hatt opphold ved VRDMS i perioden november 2012 – juni 2013 har fått en skriftlig forespørsel om deltagelse i intervjuene, fra leder ved DMS. Pasientene som deltok i intervjuene, ble spurt av sin kontaktperson ved DMS om deltagelse 2 – 3 dager før planlagt utskrivelse eller ikke mindre enn 1 uke etter oppholdet ved avdelingen.

Respondentenes alder varierer fra 35 – 90 år. En stor andel av respondentene er mellom 60 og 80 år.

Siden undersøkelsen/intervjuene er del av en brukerundersøkelse, hvor problemstilling og spørsmål er knyttet til generell tilfredshet med tilbudet og oppholdets funksjon for pasienter er det ikke vektlagt vurderinger om representativitet i utvalget i forhold til pasientgrunnet i denne undersøkelsen.

Enn stor andel av respondentene har hjemkommune i Stjørdal. Utvalget er derfor representativt i forhold til fordelingen av kommunetilhørighet for pasienter ved DMSet.

Pasientenes deltagelse i undersøkelsen er basert på frivillighet og motivasjon for å delta og hver enkelt pasient har fått utdelt en informasjons/samtykkeskjema av sin kontakt på avdelingen. Vi har lagt vekt på at pasientene kun skal ha 2 forespørsler om deltagelse, for å sikre dette.

I samtykkeskjema og henvendelser til respondentene er det også gitt mulighet til å trekke sin deltagelse i etterkant.

Intervju med pasienter.

Intervjuene ble gjennomført i lokalene til DMS. Pasienter som hadde samtykket til intervjuet ble invitert til gruppeintervju.

Respondentene ble presentert for guide og plan for spørsmålene, i starten av hvert intervju. Forhåndsinformasjon om undersøkelsen ble deretter gjentatt og det ble innhentet et nytt uttrykkelig samtykke til deltagelsen, med mulighet for den enkelte til å trekke seg.

De av respondentene som av ulike grunner ønsket eneintervju fikk det. Begrunnelsene for å ville bli intervjuet en til en har som eksempel vært stor bevegelsehemming eller mer sosiale årsaker.

Intervjuene hadde en ramme på 2 timer i gruppeintervjuene og 1 time for en til en intervjuer. Det er lagt stor vekt på at intervjuer gir mulighet for at respondenten kunne avslutte deltagelsen i intervjuet og forlate rommet dersom oppmerksomhet eller form tilsa det.

Det ble gjort opptak av intervjuene og deretter ble de avlest og transkribert til Word dokumenter.

Analyse av data – grunnlag for rapport:

Analysen av intervjuene bygger på prinsipper som ligger til grunn for tematisk innholdsanalyse. Intervjuene med pasienter ble tatt opp på lydfil og transkribert. 2 intervjuetranskripsjoner ble gjennomlest og kodet etter tema i intervjuguiden.

Kodene ble deretter diskutert i prosjektteamet ved KBT og en foreløpig kodeliste ble laget og prøvd ut på de resterende transkripsjonene. Resultatet av dette ble så diskutert, kodelisten justert og ny koding gjennomført på alle intervjuene.

Analyse og kategorisering ble gjort i NVIVO databehandlingsprogram og deretter gjennomlest av intervjuerne på nytt. Til slutt ble funnene i hver kode ble sammenstilt og kondensert på de enkelte tema.

Denne rapportens resultatdel, er basert på gjennomføring av datainnsamling, supplerende innspill fra personalgruppen ved VRDMS og oppdragsgiver Helse Midt-Norge ved Unni Dahl.

Det ble utarbeidet et såkalt prosessdokument, i samarbeid med leder ved DMS. Dette dokumentet er en tematisk oppsummering av hovedtema fra intervjuene med pasienter, basert på intervjuguiden og de særskilte tema som ikke stod i denne, men viste seg å være viktig for pasienten/respondentene i intervjuene.

Prosessrapporten ble deretter drøftet med ledelse ved DMS, som grunnlag for dialogkonferansen 11. september i Stjørdal Rådhus. Dialogkonferansen fikk presentert rapporten og holdt dialog om helhet og enkelttema i rapporten. gruppearbeid og plenumsdiskusjoner ble nedtegnet av et sekretærteam fra KBT og gruppesekretærer ved de enkelte gruppene dialogkonferansedeltagerne ble satt i. Alle disse dokumentene ble deretter grunnlag for ny analyse og gjennomgang for denne sluttrapporten.

KBT Midt-Norge sine anbefalinger og konklusjoner i kapittel 8 er utarbeidet på selvstendig grunnlag.

Resultater fra Bruker Spør Bruker:

KAP 1: Hva bidrar til pasientenes tilfredshet med Værnesregionen DMS?

Når vi spør pasientene om hva som er det viktigste med oppholdet for dem, har de fleste fått positiv omtale av DMS tilbudet ved sykehus og fra kjente, familie og venner på forhånd. Dette gjør overgangen fra sykehus til DMS god. Flere av de intervjuede har opphold på DMS for første gang.

Geografisk nærhet til bostedet er viktig for pasientene. En stor andel av respondentene er fra Stjørdal kommune.

Det kan være langt å kjøre til og fra Levanger eller til Trondheim når man trenger behandling, pleie og oppfølging. Nærhet til hjemmet og kjente omgivelser synes å være en viktig del av trivsel, men det er også viktig av praktiske hensyn i livssituasjonen.

At DMS ligger geografisk nært hjemstedet gjør det blant annet lettere for pårørende å komme på besøk og at den som er inneliggende kan få ordnet praktiske behov, som å hente klesskift og nødvendige eiendeler hjemme.

Videre er det både trivsel og opptrening i at Stjørdal Sentrum er i kort gangavstand fra DMSETS lokaler. Butikker, uteareal og annen service er derfor lett tilgjengelig også når man har store bevegelseshemninger.

Det er allikevel slik at det å bli ivaretatt på sine behov for oppfølging av medisinske behov og at man møter personale som har høy kompetanse på den tilstanden man er innlagt for er like viktig for tilfredshet som forhåndsomtale og lokalisering.

Pasientenes opplevelse av hva som er den viktigste hjelpen de får ved Værnesregionen DMS.

Pasienter har flere behov de trenger å få dekket under et opphold på DMS. Vi spurte respondentene om hva de mener den viktigste hjelpen de har fått under oppholdet er.

Oppfølging av den medisinske behandlingen og at man er trygg på å være like godt ivaretatt ved DMS som på et sykehus synes å være viktigst for pasientene når de vurderer tilbudet. At man også får pleie, omsorg og ro i situasjonen er en forutsetning for bedring.

Våre respondenter beskriver at de har fått dekket følgende behov under oppholdet ved VRDMS:

1. Undersøkelser, kontroller, blodprøver.
2. Forberedelser til operasjoner ved sykehus.
3. Opptrening etter sykdom, skade og kirurgi.

4. Fysioterapeut/ergoterapeutoppfølging og tilbud om fellestrening i lokalene.
5. Oppfølging av medisineringsrutiner – de medisineringsrutiner som pasienten ikke kan gjøre selv, eller kan få bistand fra hjemmesykepleie til.
6. Bistand til søknader om stønader og forberedelse til videre henvisning.
7. Oppfølging av resepter og kontakt med fastlege.
8. Kontakt inn mot kommunal helsetjeneste og sykehus.

KAP 2 Pasienters opplevelse av informasjon og kommunikasjon under oppholdet.

At pasientene får god og tilstrekkelig informasjon er viktig for at oppholdet skal bli best mulig, av flere grunner. Muntlig og skriftlig informasjon om oppholdet ved allerede ved innkomst synes å være en forutsetning for det.

Det er to hovedtema i det våre respondenter peker på som forutsetninger for god og tilstrekkelig informasjon:

1. At det gis opplysninger om rutiner og praktiske ordninger ved avdeling.
2. At man som pasient har oversikt over hvem av personalet som har ansvaret for de enkelte rutiner under oppholdet:

Det oppgis at man har fått en generell informasjonsbrosjyre om DMS ved innkomst, men at skriftlig informasjon kan være vanskelig å lese og oppfatte, særlig de første dagene av oppholdet:

«Akkurat med det samme du kommer hit, så tror jeg ikke du tenker på akkurat den informasjonen, før du har ligget her et døgn»

Pasientene peker blant annet på at informasjon som er gitt skriftlig, f.eks. i brosjyrer, må personalet gjøre oppmerksom på flere ganger, dersom informasjonen skal kunne være lett tilgjengelig:

«Jeg skjønnte ikke helt det måltidssystemet, jeg kom ikke på det fra forrige gang. Så jeg var litt sånn i det blå når det var mat og hva slags måltid det var. men, jeg oppdaget jo litt etter hvert at det lå jo en folder med all informasjon»

At den skriftlige informasjonen er lettforståelig og i en slik form at man er i stand til å lese det når man har dårlig konsentrasjon, er også vektlagt:

«Det kan bli for mye skriftligheter og altså. At ikke folk orker å lese alt, hvis det begynner å bli store bolker. Det må være lettvint. Stor nok skrift og tenker jeg. Bare det og er viktig, ikke sånn times new roman, størrelse 12 liksom det»

«Så du fikk informasjon om rutinene ved avdelingen da du kom? Ja, på en papirlapp stod det noe. (...) Den informasjonen om rutinene kom vel gjennom sykepleiernes, fordi at jeg var jo ikke, jeg leste jo ikke det som stod på oppslag og sånn da jeg kom hit»

Den muntlige informasjonen fra personalet og oppfølging av har betydning for at informasjonen blir oppfattet og at pasienten får nytte av det.

For personalet ved DMS blir det viktig å sikre seg at pasientene har oppfattet informasjonen som er gitt.

Dette gjelder særlig ved innkomst, men det må sikres under hele oppholdet. Når og hvordan informasjon om oppfølgingen gis bør være en vurdering man gjør ut fra forutsetningene ved innkomsten og den enkelte pasient. Rutiner som beskriver hva man bør informere om, bør vektlegge at skriftlig informasjon er enkel og kortfattet.

Når og hvor man har tid til å sette seg ned for å svare på spørsmål fra pasientene bør være fast planlegging av arbeidsdagen til den enkelte som jobber ved DMS. Det er da viktig at man vektlegger å møte pasientene ikke bare enveis kommunikasjon og faktainformasjon, men har tid til å samtale.

Rammene for å informere pasienter må organiseres for hele forløpet. Det kan være grunn til å vurdere hvilken informasjon den enkelte har med seg inn i oppholdet ved DMS for å kunne gi riktig og relevant informasjon for den enkelte.

Systemer og rutiner for å kartlegge hvilken informasjon pasientene har fått om DMS oppholdet fra det sykehus og andre tjenester de bruker er vesentlig for å kunne gi den enkelte trygghet for at de vet hva de kan forvente under oppholdet. Brosjyrer og annet informasjonsmateriell, som er lett tilgjengelig for de som skal forberede pasientene på oppholdet ved DMS bør utarbeides i samarbeid med sykehuset Levanger og St. Olavs Hospital.

Ut fra drøftelsene i dialogkonferansen 11. september, kan det synes som den daglige samtalen og kontakten er viktig for at pasienten skal kunne tørre å spørre om det man trenger å vite om sin egen tilstand, oppfølging og oppholdet ved DMS. God tid til småprat i hverdagen og å være observant når pasienten ønsker kontakt og har behov for å spørre om noe er en forutsetning for å oppnå dette.

KAP 3 Innkomst og mottak ved DMS:

Hvordan det første møtet med DMS blir vil ofte avgjøre hvordan pasienten vurderer det videre oppholdet. De fleste pasientene vi har intervjuet har kommet direkte fra utskrivelse ved sykehusavdelinger, først og fremst fra sykehuset Levanger og St. Olavs Hospital.

At innkomst/inntakssamtale gis den dagen de har kommet til Stjørdal har respondentene oppgitt som den beste måten å bli mottatt ved DMS:

«De kom inn med mat og drikke og spurt om det var noe jeg manglet, noe jeg ville ha og – jeg vil si at jeg ble veldig god tatt i mot (...) De sier at du må bare ringe på hvis du vil noe. Jeg ble godt mottatt, da jeg kom»

I de tilfellene respondentene oppgir og ikke fått en god innkomst, har innkomstsamtale blitt gitt på kveldstid eller i særlig travle perioder.

Hvis man kommer til oppholdet i travle perioder er innkomstsamtalen, som regel gjennomført dagen etterpå, noe som kan bidra til et forvirrende første møte:

«Så da fikk jeg ikke velkomstsamtalen før dagen etterpå. Jeg slet jo litt med forskjellige ting som foregikk»

Hvordan innkomsten oppleves av pasienten kan være avhengig av hvilken tilstand man er i og omstendighetene rundt overføringen fra sykehuset. Det har betydning for om man oppfatter og får tilstrekkelig informasjon ved innkomstsamtale:

«Det spørres jo hvor syk pasienten er. For jeg hadde ikke orket å høre på så mye informasjons, da jeg kom på tirsdag. For jeg fikk rom jeg fikk legge meg på, så var jeg fornøyd jeg. De kan egentlig bare spørre «Hvis det er noe du vil, så må du bare si fra. Det er jo forskjell fra pasient til pasient»

Respondentene våre peker på flere viktige områder de har behov for informasjon om ved innkomst:

- **Praktiske rutiner og oversikt over hva man finner i lokalene. Mange pasienter som kommer inn til DMS har bevegelseshemming:**

«Men jeg har ikke vært og sett i skapene. Så akkurat den velkomstsamtalen tror jeg er veldig viktig med å forklare ting og ta det på rommet egentlig, for jeg var litt uheldig med at jeg tok den utpå stua der, forklare praktiske ting.»

- **Det er viktig med riktig og tilpasset informasjon fra sykehusavdelingen om hvilken oppfølging av behandling DMS et kan tilby, for å kunne være sikker på oppfølgingen under oppholdet.**

«Ja, de visste hva slags behandling jeg skulle ha da jeg kom, det er jo positivt (..) her visste de tidlig at du kom og hva som feilet deg og hva slags behandling du skulle ha, så det var jo positivt. Slapp og bruk tid på det»

- **Å få informasjon om lengden på oppholdet ved DMS:**

«De sa noen dager, på Levanger, han legen på kirurgen på Levanger sa jeg trengte å være her noen dager, da. Og det stemte jo. Men jeg hadde ønsket å være forberedt på at frem til helgen så blir du her – og da skal du hjem. Så hadde jeg hatt tid til å organisere selv og litte grann med henne jeg bor hos, ikke sant? Du må ordne det og det. For ellers kommer jeg meg ikke opp i senga, til toalettet og. må jo ha hjelp både oppi og utenfor senga, føttene er ikke med. jeg er jo både slagpasient og kreftpasient samtidig. Du drar jo med litt handikap»

Pasientene vektlegger at informasjonen om oppholdet må være god, utfyllende og korrekt for at de skal være i stand til å planlegge eget opphold og hjemkomst. Det synes å være viktig å kunne få en samtale så raskt som mulig etter innkomst, for å kunne føle seg trygg på hva som skal skje under oppholdet.

KAP 4: Pasientenes vurdering av kompetanse ved VRDMS.

Når man er i en situasjon hvor man får bistand ved en DMS, vil det være viktig å kunne ha tillit til og være trygg på at man får den oppfølgingen man trenger.

Når respondentene vurderer DMS tilbudet de får gir de fleste uttrykk for å ha en høy tillit til personalets kompetanse på det de er innlagt for:

«De passer på, de tenker selv. De vet når du skal ha medisin, de vet når de skal tømme posen og tappe urin og sånn. De kommer uten videre. De spør aldri om noen ting. De vet hva de skal gjøre, de tar det til seg med en eneste gang»

Pasientene gir uttrykk for stor forståelse for personalets arbeidssituasjon. Dette påvirker hvordan de forholder seg til dem under oppholdet:

«så det er jo vanskelig for de som jobber her da, som skal tilfredsstill alle sammen»

«De har litt av en jobb. Det er jo mange, vi er jo mange forskjellige individer. Ingen av oss er like. Og så skal de tilfredsstill oss alle sammen, det er jo nesten umulig det»

Det oppgis også at personalet ved DMS «mer avslappet enn sykehuspersonalet» og «jobber godt sammen».

Personlig omsorg og å bli møtt på sine behov som enkeltperson pekes på som en kvalitet ved kontakten med personalet ved DMS:

«De tok seg av deg på en skikkelig måte, synes jeg. Jeg var litt redd da jeg var der, for jeg skulle til utposing av en blodåre jeg hadde i hjertet. Så jeg var veldig redd, men de snakket med meg, roet meg ned. de hadde tid til det.»

Personalet oppleves å ha det travelt i perioder men møter stor forståelse på det fra pasienter:

«Jeg har den innstillingen, jeg vil ikke plage noen. Jeg vil ikke en gang mase – det er de som maser. Mange ganger synes jeg synd på pleierne, så jeg er fornøyd, jeg får det jeg ber om»

«Vil ikke mase jeg» «Hvis du hadde blitt spurt mer da, ville du sagt mer om behovene dine?»

«Det kan godt hende, men de er underbemannet, de har ikke tid. De er for få.»

Pasientene har jevnt over en god opplevelse med møtet med personalet ved DMS. De har samtidig stor forståelse for arbeidssituasjonen deres når det er travelt for dem i perioder. Det kan ha betydning for om man vil etterspørre sine behov i situasjoner i alle situasjoner.

Det kan synes som at DMSet personale bør være oppmerksomme på om pasientene oppfatter at de har det travelt og kunne gi trygghet og åpning for å kunne henvende seg til dem med spørsmål dersom man har behov for det. At pasientene har tillit til at de blir ivaretatt handler mye om hvilken kompetanse man har i en sammensatt personalgruppe som skal kunne løse de fleste arbeidsoperasjoner innenfor medisinsk oppfølging. Men håndtering av ulike pasienter/gruppers behov handler både om hvilken kompetanse man har og at pasienten får god informasjon om at man kan etterspørre den.

KAP 5 Personalets krav til mestring. Pasientens medvirkning under oppholdet.

Personalgruppen ved DMS var i oppstarten av prosjektet særlig opptatt av at vi skulle spørre pasientene om de stiller for høye krav om mestring under oppholdet.

Respondentene oppgir to hovedgrunner til at man ikke opplever at kravene som stilles til en er for høye eller ubehagelige. Hovedsakelig er dette av hensyn til egen bedring:

Vil tidlig opp av sengen etter operasjon:

«Du må jo ganske tidlig opp etter en operasjon, da. Komme deg i gang. Men det gjør de jo for at vi skal prøve å komme oss i gang. Det er jo ikke bra å bli liggende for lenge. Jeg hadde jo en hjerteoperasjon i fjor, bypass og da måtte jeg opp..»

Vil tidlig inn i rehabiliteringsrutiner:

«Det er jo viktig det da å fremheve at du har noen som sier deg at du, nå må du opp av sengen. Ja, veldig viktig for tilfriskningen det»

«Det er jo en institusjon dette, hvor man har mulighet til å drive litt rehabilitering gjennom aktivitetene, så det synes jeg er greit»

Krav om mestring fra personalet oppleves jevnt over, som gjennomførbare rutiner i hverdagen under oppholdet:

«Nei, jeg greier ikke å være med på så mye trening da. Jeg var med i dag da, litte grann. Men de var lempelige på det. De kommer og sier i fra om at nå er det gymnastikk, har du lyst til å være med? Da er det veldig lempelig sånn. Det er ikke noe tvang»

Krav om mestring behøver heller ikke være et problem når det er forberedt og lagt plan for hvordan man skal gjennomføre det:

«Det har ikke vært noe spesiell problemstilling, for en skal jo ha 4 ukers behandling og da blir det jo fire uker. Planen er klar på forhånd»

DMSets krav til opptrening og daglig aktivitet oppleves jevnt over ikke belastende eller for høye, men viktig for egen bedring og fremgang.

Pasienters opplevelse av ventetid under oppholdet.

Et av spørsmålene vi har stilt pasientene er om de får gjennomført undersøkelser og dekket behov innen rimelig tid når de etterspør eller forventer det. Det pekes på behov for mer bemanning, i perioder:

«For de vil vel sikkert ha litt flere som jobber her. (...) Da hadde ikke vært den her ventingen»

«Noe må man jo spørre men du har jo inntrykk av dem har det travelt disse pleierne. De fyker jo omkring. Når du ber om et eller annet; ja kommer og så springer de ut gjennom døra og så kommer de ikke tilbake» (...) De er for få, de skulle ha vært flere på jobb»

I situasjoner hvor det oppleves travelt på avdelingen kan pasientene i for stor grad ta hensyn til personalets arbeidssituasjon og da kan terskelen for å spørre dem om bistand bli høyere:

«Egentlig så skal det være åtte. Men da er de veldig opptatt, kommer rett før kveldsmaten og rett før frokosten på morgenen. Og da er det mange som springer. men det må jeg ha hjelp til, det kan jeg ikke gjøre alene. Nei, men jeg behøver ikke å mase. Da blir de lett stresset og det er unødvendig. medisinerer får jeg lell»

Det er allikevel få som har oppgitt at personalets travelt går utover behovet for å få nødvendig medisinsk oppfølging.

«Jeg for min del, jeg drar jeg får medisinerer min her. Jeg har ikke måttet vente lenge jeg nei, etter at jeg har kommet før jeg har fått ordnet det»

I denne undersøkelsen pekes det på en opplevelse av at personalet kan ha det travelt med å oppfylle behovene den enkelte har i travle perioder.

Hovedsakelig er denne opplevelsen knyttet til at man i de periodene ikke vil etterspørre for mye av de som er på vakt.

En konsekvens av dette er at det kan bli lite tid til uformell kontakt og samtaler, som kan være en mulighet for å kartlegge og vurdere hva den enkelte har behov for.

KAP 6 Pasienters opplevelser av å være trygg og bli ivaretatt under DMS oppholdet:

I intervjuene har respondentene oppgitt høy tillit til og gode erfaringer med at man får tilstrekkelig oppfølging av den medisinske behandlingen de er inneliggende for. Det samme gjelder personalet ved VRDMS sin kompetanse til å gjennomføre det

Videreføring av medisinsk oppfølging:

Når vi spør pasientene om deres opplevelse av rutiner ved DMS er behovet for oversikt over hvem som har ansvar for hva på avdelingen et hovedpunkt.

Respondentene peker da på et behov for å vite hvordan man skal forholde seg i konkrete situasjoner under oppholdet. Når pasienten har god informasjon om rutiner og plan for oppholdet blir det forutsigbart for ham/henne hvem man kan spørre om hva.

Å få vite om hvordan den medisinske oppfølgingen som er etablert ved sykehuset skal videreføres i DMS, synes å være det viktigste for pasientene vi har intervjuet.

Kontakt med lege.

Når vi spør pasientene om dette er behovet for å snakke med lege og få avklart spørsmål om sin egen tilstand viktig for å kunne være trygg på at det medisinske er ivaretatt.

Respondentene oppgir at å ha hyppig kontakt med lege oppfyller behovet for å ha en god samtale om tilstanden sin og å få svar på konkrete spørsmål man har:

«Jeg synes det var greit, jeg snakket med legen i dag og vi hadde en veldig god samtale (..) Så da får du svar på ...?(...) Ja, på det jeg spør om, ja.»

Av dem vi har intervjuet, er det mange som har kontakt med legespesialist som er etablert før oppholdet og utenfor sykehus/DMS. De råd og den veiledning de har hatt behov for har de fått fra ulike spesialister forut for oppholdet:

«Har gått til en spesialist i byen da, det er jeg fornøyd med.»

«Nei, jeg har ikke snakket med spesialist, for jeg vet jo at jeg skal tilbake til NN i byen igjen»

Andre oppgir at de har en god kontakt med sin fastlege om langvarig sykdom:

«Det er astma i familien vår, det er en folkesykdom. Sånn, jeg har ingen panikk eller noe. Fastlegen følger opp»

«En liten detalj da, jeg spurte om sykemelding – om han kunne skrive om det og da fikk jeg beskjed om at det måtte jeg inn til fastlegen min for å få. Det er ikke slik det fungerer. Er du innlagt på sykehuset, så er det sykehuset som ordner med sykemeldingen»

Pasientenes opplevelse av trygghet for tilstrekkelig kontakt med lege, avhenger også av at man har fått forutsigbare avtaler med spesialist etter oppholdet eller uavhengig av oppholdet:

*«I: Men, er det ting dere ikke får løst her på DMS, som dere tenker dere må på sykehus med?
P: Nei, jeg tror det går bra, jeg da. Med meg og da og ja. Skal jo innover den 24 til hun legen da, snakke med hun der da. Så jeg vet ikke noe før da»*

Flere av våre respondenter oppgir også å ha tett og god kontakt med sykehuset, samtidig med at de er på DMS:

«Det vet jeg ikke hvordan det foregår, jeg sier at jeg har mer kontakt med legen som jobbet med meg i Trondheim enn de jeg har her. Her synes jeg ikke at jeg har noen kontakt med legen, kun personalet på DMSen bare, sykesøstre og de som. Men så har en ikke noen rettigheter egentlig heller da. Måtte ringe til Trondheim for å få resept til tablettene mine»

Andre oppgir at de har planlagte avtaler om å komme tilbake til sykehus for kontroller hos spesialist.

Den medisinske oppfølgingen ved DMS ivaretas av det respondentene kaller legevisitten. Det er varierende hvordan man har opplevd hyppigheten av visittene:

«Ja, for du må etterspørre flere ganger – er det legevisitt i dag, når blir det»

«I alle fall for jeg går jo en del ut mellom behandlingene, ikke sant, så jeg må spørre når legevisitten er for å organisere dagen»

«Jeg vet ikke om det har så stor betydning for selve pleien da og behandlingsforløpet, men uansett er det sikkert en del som har noen spørsmål»

Det synes som det viktigste for pasientene er trygghet for at den medisinske oppfølgingen blir gjennomført og ivaretatt ved DMS.

Behovet for direkte kontakt med lege er varierende og ut fra hvilke avtaler man har med seg inn til oppholdet. Det pekes allikevel på et behov for mer forutsigbarhet og informasjon om når legevisitten gjennomføres under DMS oppholdet.

Da kan det være grunn til at DMS er oppmerksom på god og tilstrekkelig informasjon om hva en kan forvente av legevisitten. Tilstrekkelig tid til å stoppe opp for å snakke, slik at den som er innlagt kan få avklart det man har behov for er viktig.

Et hovedpunkt for diskusjonene i dialogkonferansen var at personalet bør vurdere om pasienten tør eller vil stille de viktige spørsmål ene under visitten i andres påhør til en hver tid. Dersom det ikke er slik, kan det være en fare for at ikke alle behov den enkelte har fanges opp.

Et konkret forslag er at DMSen utarbeider et generelt informasjonshefte om visitten. Denne bør ha en sjekkliste som pasienten fått utdelt, slik at han/hun kan skrive ned hvilke spørsmål man har til legen på forhånd.

Av hensyn til at det man vil ta opp kan være sensitivt for den enkelte kan det være viktig med ordninger og skjerming av pasienter når man skal gi informasjon om seg selv eller stille spørsmål om egen helse under visitten. I dialogkonferansen ble det informert om at DMS, siden intervjuene - har fått et eget samtalerom for å kunne ta personlige samtaler med pasienter.

KAP 7 Pasienters opplevelse av DMSETS tilrettelegging for hjemmesituasjon etter oppholdet.

Trygghet i hjemmet etter opphold:

Hjemmesituasjonen og planlegging av eventuell hjelp i hjemmet er den diskusjonen som har fått størst oppmerksomhet i de gruppeintervjuene vi har hatt med pasientene i intervjuene. Det som går igjen i alle intervjuene er at respondentene er motivert av å kunne klare mest mulig av egenomsorg selv.

Da er det viktig for DMS å ha oversikt over hva som venter pasienten når han/hun kommer hjem til etter oppholdet. Behovet for at man har tilstrekkelig oppfølging av praktiske behov pekes på som viktig for at man skal kunne klare seg og føle seg trygg hjemme.

Å få spørsmål om hvilke behov man har for hjelpemidler ved DMS og å få lagt en plan for hvordan man kan skaffe det bidrar til trygghet for situasjonen etter oppholdet. At pårørende er involvert og kan følge opp behov for hjelpemidler, synes å være en forutsetning for å klare seg selv og å få skaffet det nødvendige til man kommer hjem:

«Ja, jeg har ikke hatt hjemmehjelp, men det gjorde de fra sykehuset, da. Det protesterte døtrene på, så de skulle ta det hver sin uke. Så det ble ingen hjemmehjelp»

«Man kan jo ringe opp på brukerkontoret, det er ned her. Hvis en ikke har noen som er hjemme. Døtrene mine har mange ganger vært her og snakket om forskjellig, men nei da, vi greier oss med det vi har fått»

Mulige tiltak for kartlegging av hjelpemidler og behov for bistand i hjemmet:

Mange av de vi har intervjuet har altså sagt at de vil ha minst mulig hjelp når de kommer hjem og vil gjerne klare det meste av egenstell.

Å ville klare seg selv er en forutsetning for mestring av egen situasjon, men det kan også gjøre at pasienten ikke vil etterspørre det han/hun har behov for. At DMS har gode rutiner for å spørre om hva den enkelte trenger er viktig av hensyn til å sikre at han/hun har tilstrekkelig hjelp når de kommer hjem.

Informasjon og kommunikasjon om hjelpemidler og hjemmesituasjon kan være utfordrende både for pasienten og den som skal kartlegge behovet. I dialogkonferansen 11. september ble tilrettelegging

for hjemmet et av hovedtemaene. Det ble drøftet ulike tiltak som DMS kan tilby for til å sikre at pasientene er ivaretatt når de kommer hjem.

Et viktig tiltak er å sørge for at den det gjelder har tilstrekkelig bistand fra hjemmesykepleie når de kommer hjem. Ut fra forslagene som ble fremmet i dialogkonferansen, kan det bety:

- At man legger opp bedre rutiner for planlegging av pasientens utreise. Dette bør skje i tett samarbeid med hjemmetjenesten i den kommunen den enkelte hører til.
- Det må legges til rette for gode kommunikasjonslinjer mellom DMS og hjemmetjeneste. Det er ikke alltid pasient og den instansen som skal hjelpe ser hvilke behov han/hun har for hjelpemidler og bistand før man faktisk har kommet hjem.

Et spørsmål er da om det bør være et krav at DMS' rutiner knyttet til samarbeid med hjemmesykepleiere/kommunehelsetjeneste blir vurdert i forhold til hvor godt man tilbakemelder eller kommuniserer med DMS om den enkelte pasienten før under og etter utreise.

At DMS legger større vekt på systematisk planlegging for utskrivelse, var det andre tiltakspunktet som ble fremmet i dialogkonferansen:

- Når en pasient kommer til DMS, blir det skrevet en innkomstrappert, som er basert på samtaler med pasienten. Det samme bør gjøres ved utreise fra DMS. Det vil si å ha en samtale med den enkelte pasient, for å kartlegge hva han/hun trenger av hjelpemidler og bistand i hjemmet. Det ble også drøftet om hjemmesykepleie i kommunen og/eller ergoterapeut/fysioterapeut fra DMS bør være med i disse samtalene for å tilrettelegge i hjemmet.
- DMS bør utarbeide en spørsmåls/sjekkliste over den enkelte pasient sine behov for bistand i hjemme, samt spørsmål som skal kartlegge hva pasienten har oppfattet av informasjon om situasjonen sin under oppholdet og hva som bør videreføres til hjemmesykepleie.
- DMS bør ha en oppfølging av den enkelte pasient, etter hjemkomst. Ansvarlig kontaktperson burde ringe etter noen dager for å høre hvordan det går, av den grunn at det er ikke sikkert at pasienten har oversikt over alle sine behov før han/hun kommer hjem.

Å gi god og tilstrekkelig informasjon og veilede til hva som trengs av hjelpemidler og hvordan man best kan forholde seg i hjemmesituasjonen, bør være et av innsatsområdene for DMS fremover.

Det kan være lang leveringstid på hjelpemidler på hjelpemiddelsentralen, selv om både DMS og kommune har et korttidslager som benyttes av begge instanser.

KAP 8 KBT Midt-Norges anbefalinger:

KBT Midt – Norge vil ut fra undersøkelsen komme med følgende anbefalinger:

I vår evaluering, har vi møtt en høy tillit til og gode erfaringer med at man får tilstrekkelig oppfølging av den medisinske behandlingen under oppholdet på DMS. Det samme gjelder vurderinger av personalet ved VRDMS sin kompetanse til å gjennomføre det.

Pasientenes opplevelse av fordeler med å ha opphold på DMS, vurderes ut fra at man har nærhet til bosted og kjente omgivelser (lokalisering) og at man har fått god forhåndsomtale fra sykehus og kjente som har fått bistand fra DMS tidligere.

Pasientene opplever at oppfølging av den medisinske behandlingen er viktigst, men at pleie, omsorg og ro i situasjonen er en forutsetning for bedring.

Informasjon og kommunikasjon mellom pasienter og personale under opphold, har vært et hovedtema under oppholdet. Ut fra det vil vi peke på følgende innsatsområder for DMS:

Pasienter som får opphold, bør sikres tilstrekkelig og tilpasset informasjon om oppholdet i en samtale med personalet – så raskt som mulig ved innkomst. Da bør det informeres om:

- a. Praktiske ordninger på avdelingen (Rutiner og lokalenes utforming)
- b. Oversikt over hvem av personalet som har ansvar for hva på hver vakt.

Skriftlig og muntlig formidling av informasjon er viktig. Det bør diskuteres hvordan det kan legges god planlegging av når man har tid til å sette seg ned med pasientene til en samtale i hverdagen.

Det er viktig med systemer og rutiner for å kartlegge hvilken informasjon den enkelte pasient har fått om oppholdet på forhånd. Dette gjelder både informasjon som kan bidra til pasientens trygghet på hva man kan forvente og det å sette av tid til den daglige samtalen og kontakten med pasienten for å sikre at han/hun har mulighet til å stille spørsmål.

DMSets vektlegging av å motivere pasienter og legge opp krav til mestring under oppholdet, oppleves viktig og riktig av pasienter. Da er det hovedsakelig hensynet til egen bedring og rehabilitering, som vektlegges. DMSets personale, synes å kunne balansere godt mellom pasientens behov for hvile og ro og aktivitet. Pasienter forventer også denne type motivering.

Det er viktig for trygghet under DMS-oppholdet at pasienten kan ha fortsatt kontakt med spesialist ved sykehuset de kommer fra. Kontakt med lege er oppgitt å dekkes av legevisitten.

Denne oppleves som en god, ordning men uforutsigbar mht klarhet om tidspunkter, hyppighet og hva man kan forvente på forhånd. Personalets forberedelse av pasienten før visitten blir viktig for å avklare hva han/hun opplever viktig å få snakket om og avklart under visitten.

Forberedelse til hjemmesituasjonen etter utreise har vært et annet hovedpunkt i denne evalueringen. Her er det etter vår vurdering forbedringsmuligheter i DMSets kommunikasjon med hjemmetjenesten i kommunene. Dette går særlig på avklaring av hjelpemiddelbehov og generell

kartlegging av hjemmesituasjon. Under evalueringen er det kommet forslag om ordninger hvor pasient, DMS og hjemmetjeneste har et planlagt møte før utreise for å vurdere dette.

Intervjuguide for Bruker Spør Bruker Værnesregionen DMS.

Innledning.

1. Hva er viktigst for deg som pasient i tilbudet ditt fra DMS?:
2. Hvordan har du møtt av personalet ved DMS?
 - a. Respekt?
 - b. Fleksibilitet?
 - c. Omsorg?

Introduksjon og informasjon om tilbudet.

1. Ved det første møtet med DMS – hvordan ble du mottatt av personalet?
2. Har du fått god informasjon om din behandling og oppfølging av personalet ved DMS?
3. Hvilke områder har du fått god informasjon om?
4. Hvilke områder savner du god informasjon om?
5. Hvordan kan informasjonsmateriell og rutiner forbedres?

Motivasjon/mål og krav til mestring.

1. Hvilke mål ble satt for deg ved inntak i DMS?
2. Har du opplevd å klare mer enn du trodde du skulle som følge av tilbudet ved DMS?
3. Hvilke krav stiller personalet til deg i behandling og oppfølging?
4. Hva består kravene i?
5. Er kravene:
 - a. For høye?
 - b. Som forventet?
 - c. For lave?

Har du som fått medvirke som pasient i din egen behandling og oppfølging? Hvordan?

Tilbudet ved VR DMS:

- Hvilken bistand og hjelp har du fått ved DMS?
- Hvilke områder av hjelp har vært viktigst for deg og hvorfor?
- Stikkord/områder:
 - o Kost, ernæring og måltider?
 - o Ergo/fysio/tverrfaglige tilbud?
 - o Spesifikke tilbud som DMS vet er lite kjent?

Har du god tilgang til spesialistkompetanse din lidelse ved DMS? Er den tilgjengelig og tilstrekkelig?

Ventetid og effektivitet for pasienten i DMS tilbudet.

Stikkord:

1. Flexibilitet .
2. Ventetid.
3. Arbeidsoperasjoner.

Kortere opphold ved sykehus – hva mener du bidrar til det?

1. Overgangen fra sykehus til DMS?
2. Planlegging av opphold og situasjon etter opphold?

Utskrivelse fra DMS.

Hvordan er du fornøyd med DMSen bistand til tilrettelegging mot hjemmesituasjonen din etter oppholdet?

Stikkord:

1. Samarbeid med hjemmetjenester/andre tjenester som er viktig for hjemmesituasjonen.
2. Tilrettelegging opp mot hjelpemiddeltjenester.
3. Informasjon til pårørende.
4. Andre forhold?

Utskrivelse fra sykehusavdeling.

1. Har du erfaring med utskrivelse fra sykehus uten tilbud fra DMS?
2. Hvordan skiller en slik utskrivelse seg fra den du får nå?
3. Hvilket alternativt tilbud kunne du tenkt deg, hvis du ikke hadde tilbud fra DMS ved utskrivelse?