



Masteroppgave

ADM755 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Oppfølging av slagrammede sett i lys av kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand.

Aurora Eline Sekkenes Gjerset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 93

Molde, 24.05.2019



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 24.05.2019

Forord

Denne masteroppgaven inngår som en del av masterstudiet i samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde. Oppgaven inngår som en selvstendig del av forskningsprosjektet «Slagrehabilitering i et livsløpsperspektiv».

Jeg vil rette en stor takk til prosjektgruppa som lot meg få være med i prosjektet, og benytte meg av spørreundersøkelsen. Det har vært særdeles spennende og interessant å få delta i et prosjekt som kan være med på å bidra til endringer i oppfølgingstilbudet til en stor pasientgruppe.

En spesiell takk går til min veileder gjennom denne perioden, Turid Aarseth. Dine synspunkter og konstruktive tilbakemeldinger, din forståelse, og din evne til å motivere, har vært uvurderlige i prosessen med å skrive denne oppgaven. Videre ønsker jeg også å takke Øivind Opdal, som har vært til stor hjelp i konstruksjon av indekser og hjelp med analyseprogrammet. Høgskolen i Molde er heldige som har dere!

Jeg ønsker også å benytte anledningen til å takke Høgskolen i Molde og mine medstudenter for en flott studietid.

Jøran - du har vært tålmodig og forståelsesfull gjennom hele studietiden, noe som har gjort det mye lettere for meg å gjennomføre studiene. Snart er det din tur, og jeg håper å kunne være en like god støttespiller for deg som det du har vært for meg.

Sekken, mai 2019

Sammendrag

I Norge er det hver dag rundt 40 mennesker som blir rammet av slag. Bedre medisinsk samhandling innebærer at pasientene tilbringer kortere tid på sykehus, men mange vil ha sammensatte behov som krever langvarig oppfølging. Oppgaven belyser med utgangspunkt i en nasjonal spørreskjemaundersøkelse hvordan slagrammede selv opplever oppfølgingen, med tanke på informasjon, innhold i hjelpetilbudet og samordning av tjenester. Variasjoner i erfaringer er forsøkt forklart ved hjelp av tre uavhengige variabler: kommunestørrelse, om tidspunkt for første slag var før eller etter samhandlingsreformen, og egen helsetilstand. Arbeidet er informert av tre teoretiske perspektiver korresponderende til de tre uavhengige variablene: perspektiver på kommunal organisering, iverksettingsteori og terskelteori.

Et hovedfunn i oppgaven er at slagrammede opplever mangelfull informasjon på alle tre områder, og særlig når det gjelder informasjon og samordning. Oppfølgingen oppleves spesielt mangelfull av de med dårlig helse, men her synes det å være en fordel å bo i små kommuner. Materialet gir ikke grunnlag for å hevde at situasjonen for slagrammede har bedret seg etter at samhandlingsreformen ble iverksatt.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Problemstilling	2
2.0	Tidligere forskning.....	5
3.0	Metode.....	8
3.1	Utvalg av enheter.....	9
3.2	Spørreskjema	9
3.2.1	Utforming av spørreskjemaet.....	9
3.2.2	Utsendelse av spørreskjemaet	10
3.2.3	Svarprosent.....	11
3.3	Behandling av spørreskjemaene	12
3.3.1	Konstruksjon av indekser	12
3.4	Undersøkelsens pålitelighet.....	15
3.4.1	Generalisering	16
3.4.2	Reliabilitet	16
3.4.3	Validitet.....	18
3.5	Etiske refleksjoner	19
4.0	Teoretisk rammeverk.....	22
4.1	Kommunal organisering	22
4.2	Iverksettingsteori	25
4.2.1	Uklarhet og konflikt i politiske iverksettingsprosesser.....	27
4.3	Terskelteori.....	28
5.0	Analyse	32
5.1	Informasjon	32
5.1.1	Hovedfunn - informasjon	37
5.2	Innhold i hjelpetilbud	39
5.2.1	Hovedfunn - innhold i hjelpetilbud.....	44
5.3	Samordning	45
5.3.1	Hovedfunn – samordning.....	51
5.4	Oppsummering	53
6.0	Diskusjon.....	54
6.1	Kommunestørrelse.....	54
6.2	Samhandlingsreformen.....	57
6.3	Helsetilstand	61

7.0	Avslutning og konklusjon	65
7.1	Videre forskning	67
Referanser		68
Vedlegg		71

1.0 Innledning

Hjerneslag defineres som «plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon», og er som oftest en konsekvens av blodpropp i blodårer i hjernen (NHI, 2017). I Norge er hjerneslag den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem, og den tredje vanligste årsaken til dødsfall (Elling et. al., 2014). Hver dag rammes 40 personer av hjerneslag, noe som tilsvarer rundt 15.000 tilfeller i året (Norsk Luftambulansse, u.å.).

Hjerneslag medfører ofte så store konsekvenser at de som rammes blir uføre, og slagrammede utgjør en stor gruppe uføre i Norge (Elling et. al., 2014). Etter et slag vil mange oppleve at de står overfor en ny livssituasjon. Omveltningen gjelder også for de pårørende, som i mange tilfeller påtar seg roller som hjemmehjelp, rådgiver og kontaktledd. Konsekvensene av hjerneslag er store også for samfunnet rundt. Slagrammede vil ofte ha behov for én eller flere helse- og sosialtjenester. Ofte er behovene mange og sammensatte, og omfanget og varigheten av helsetjenestene vil variere deretter. Store medisinske framskritt har bedret behandlingen og gjort at slagpasienter nå tilbringer mindre tid på sykehus (Barra et. al., 2016). Mange brukere vil likevel ha behov for rehabilitering, og dette er i økende grad blitt et kommunalt ansvar. Dette kan videre ses i sammenheng med innføringen av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen er et virkemiddel fra myndighetenes side når det gjelder oppfølging av pasienter og brukere. Reformen, som trådte i kraft 1. januar 2012, la opp til betydelige endringer i helsesektoren, spesielt i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et hovedargument var å møte de stadig mer komplekse utfordringene som helsesektoren står overfor. Målet var å bedre samhandlingen og skape mer helhetlige pasientforløp, noe som blant annet gjøres gjennom (Regjeringen, 2014a):

- Større fokus på forebygging, for å senke presset på sykehusene.
- Overføring av oppgaver og tjenester til kommunene.
- Økt brukermedvirkning.
- Bedre horisontalt og vertikalt samarbeid mellom de ulike leddene i helsetjenesten.
- Bedre oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

Endringene legger i stor grad opp til at kommunene skal få større ansvar for helsetjenester og behandling av pasienter. Dette, sammen med mer brukermedvirkning, skal legge til rette for et nærere forhold mellom bruker og tjeneste, noe som igjen er tenkt å bidra til bedre oppfølging. For å bedre samhandlingen ble kommuner og helseforetak pålagt å inngå samarbeidsavtaler, som skulle gi klarheter i maktstrukturen, spesielt knyttet til fordeling av ansvar og oppgaver. Kommunene ble også pålagt å overta ansvaret for pasienter som er klare for utskrivning fra sykehuset, og må betale dagbøter dersom de ikke klarer å gi disse pasientene et reelt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Innføringen av samhandlingsreformen førte også med seg nye lover. Lov om helse- og omsorgstjenester ble gjeldende fra 1. januar 2012, og gir kommunene økte muligheter til å utforme tjenestene (Romøren, 2013). Loven legger til rette for helhetlig og god oppfølging, og legger vekt på at brukere og pasienter med behov for langvarige tilbud skal få utarbeidet en individuell plan, og få tildelt en koordinator som sørger for den nødvendige oppfølgingen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Ut fra målsetningene til samhandlingsreformen kan man forvente at oppfølgingen av slagrammede har blitt bedre etter at reformen ble iverksatt. Forventningene knyttes både til bedre samhandling mellom de ulike vertikale nivåene i helsesektoren, og horisontalt mellom de ulike tjenestene innad i kommunen.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av kunnskap om mangler i oppfølgingen av slagrammede, tok Norsk forening for Slagrammede (NFS) avd. Molde og omegn i 2017 initiativ til et kartleggingsprosjekt blant sine medlemmer. Prosjektet «Slagrehabilitering i et livsløpsperspektiv» er et likeverdig samarbeid mellom NFS Molde og omegn, nevrologisk avdeling ved Molde sjukehus og Høgskolen i Molde. Gjennom en spørreundersøkelse kartlegges slagrammedes vurdering av oppfølgingen de får i tiden etter de blir utskrevet fra sykehuset. Denne oppgaven inngår som en selvstendig del av dette prosjektet, og benytter seg av svarene fra spørreundersøkelsen.

Oppgaven vil se nærmere på hvilke faktorer som kan ha betydning for oppfølgingen til den enkelte slagpasient, når det kommer til informasjon, innhold i hjelpetilbudet, og samordning. To av faktorene er kontekstuelle – kommunestørrelse og samhandlingsreform, målt i form

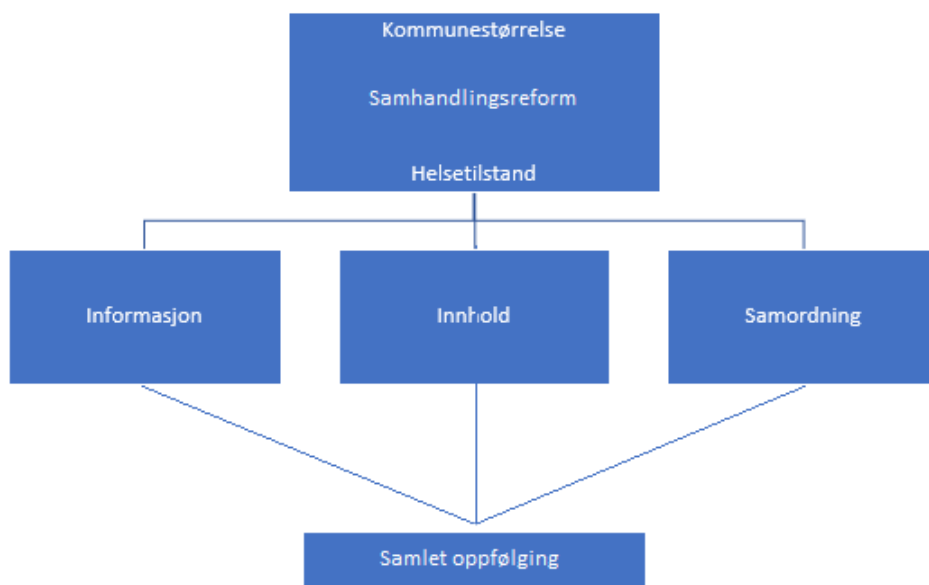
av tidspunkt for slag. Den siste faktoren er knyttet til de slagrammedes vurdering av egen helsetilstand.

Datamaterialet som er samlet inn i undersøkelsen kan analyseres ut fra flere faglige perspektiver. Helsefaglig er det mange problemstillinger som kan belyses i forhold til hvordan tjenestetilbudet påvirker slagpasienters funksjonsnivå. Sett fra et samfunns- og organisasjonsvitenskapelig perspektiv, reises spørsmål om hvordan oppfølging og hjelpetilbud er gjort tilgjengelige og organisert. Problemstillingen som er formulert i forbindelse med denne oppgaven er:

I hvilken grad har kommunestørrelse, samhandlingsreform og egen helsetilstand betydning for hvor fornøyde slagpasienter er med oppfølgingen når det gjelder informasjon, hjelpetilbud og samordning?

Problemstillingen legger opp til at det er slagpasientenes egen oppfatning som undersøkes. Slagpasienter avgrenses her til å gjelde de slagrammede i Norge som er medlemmer av Norsk forening for Slagrammede, og som har svart på undersøkelsen. I det videre presenteres en modell for gjennomføring av analysen. Modellen danner også grunnlaget for en ytterligere operasjonalisering av begrepene i problemstillingen.

Modell 1: Betydning av kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand for oppfølgingen av slagrammede.



Modellen består av tre uavhengige variabler. *Kommunestørrelse* brukes til å se om det foreligger forskjeller i oppfølgingen basert på kommunestørrelse. Variabelen er delt inn i tre størrelser, på bakgrunn av spørsmål 3 i spørreundersøkelsen (se vedlegg 3). Med små kommuner menes kommuner med et innbyggertall på under 7.000. Kommuner med innbyggertall mellom 7.000 og 20.000 regnes som mellomstore kommuner. Store kommuner omfatter kommuner hvor innbyggertallet er over 20.000. Videre viser variabelen *Samhandlingsreformen* til hvorvidt det foreligger forskjeller i oppfølgingen før og etter reformen ble iverksatt. Selv om reformen ble iverksatt 1. januar 2012, er skillet i denne oppgaven satt til 2013. Årsaken til dette er at iverksettingen av en så omfattende reform tenkes å ha vært preget av mye usikkerhet det første året. Den siste uavhengige variabelen er *helsetilstand*. Denne variabelen kan fortelle oss noe om hvordan de slagrammedes vurdering av egen helsetilstand i dag kan ha noe å si for hvordan de synes oppfølgingen har vært. Formuleringen av dette spørsmålet er i tråd med WHO, og blir også brukt av Folkehelseinstituttet i Norge (FHI, 2012).

Modellen bygger videre på tre avhengige variabler, som i analysen er utformet som indekser. Disse vil bli gjort nærmere rede for i metodekapittelet. Inndelingen er gjort for å se om det foreligger vesentlige forskjeller i de ulike delene av oppfølgingen av slagpasientene. Variabelen *informasjon* tar for seg vurdering av informasjonen de fikk ved utskrivelse fra sykehuset og i tiden etterpå. *Innhold* ser på hvordan de slagrammede opplever selve innholdet i hjelpetilbudene de får. Den siste variabelen er *samordning*, som ser på hvordan de slagrammede har opplevd at kommunikasjon, samarbeid mellom ulike tjenester, organisering og brukermedvirkning, har vært. Til sammen utgjør de tre indeksene, supplert med kvalitative data, et bilde av den samlede oppfølgingen av slagrammede.

Oppbyggingen av oppgaven er som følger: kapittel 2 vil presentere relevante bidrag i tidligere forskning. Kapittel 3 presenterer og drøfter det metodiske opplegget ved undersøkelsen. Det teoretiske rammeverket presenteres i kapittel 4, og omfatter iverksettingsteorier, terskelteori og teorier knyttet til kommunal organisering. I kapittel 5 presenteres analyser og funn, som i lys av det teoretiske rammeverket, vil diskuteres nærmere i kapittel 6. Det siste kapittelet avrunder oppgaven med en oppsummering, kritiske refleksjoner, og en endelig konklusjon.

2.0 Tidligere forskning

Slagrammede utgjør en stor og heterogen gruppe, og det finnes forskning i ulike fagfelt. I min sammenheng er det særlig studier som ser på hva som skjer etter utskriving fra sykehus som er relevante.

Som en del av prosjektet «Slagrehabilitering i et livsløpsperspektiv», ble det våren 2018 skrevet en bacheloroppgave. Prosjektet var på det tidspunktet begrenset til å gjelde slagrammede i Møre og Romsdal, og bacheloroppgaven er således basert på et mye mindre datasett enn det denne oppgaven er. Bacheloroppgaven så hovedsakelig på hvordan de slagrammede vurderte informasjonen og oppfølgingen, i form av bivariate analyser. Resultatene viste at oppfølgingen var mangelfull (Steinshamn og Stormo, 2018). Selv om denne masteroppgaven er tilknyttet samme prosjekt, er det forskjeller i forskningsopplegget. Min oppgave ser i større grad på det helhetlige tilbudet, og inkluderer også multivariate analyser. I etterkant av bacheloroppgaven har også undersøkelsen blitt utvidet til å være nasjonal, og denne oppgaven baseres derfor på et større datasett. Dette kan gi bedre grunnlag for å se eventuelle forskjeller i oppfølgingen av slagrammede, og gir også muligheten til å se nærmere på hvor og hvorfor forskjellene oppstår.

Det er også ganske nylig gjort en kvantitativ undersøkelse blant slagrammede. Barra et. al., (2016) gjennomførte en studie hvor de sendte ut spørreskjemaer til slagpasienter som hadde vært innlagt på Ahus. Formålet med undersøkelsen var å se på hvordan (manglende) oppfølging og rehabilitering kunne ha noe å si for om slagrammede ble rammet av depresjon. Studien hadde altså et noe annet utgangspunkt enn det denne oppgaven har. Studien er likevel relevant for denne oppgaven da det i spørreskjemaet blant annet ble spurt om rehabiliteringsopphold, og om de slagrammede selv synes de fikk tilstrekkelig hjelp fra helsetjenesten. I undersøkelsen var det 10 % som uttrykte en bekymring for at hjelpen ikke var tilstrekkelig. Under 4 % av de som ble spurt, svarte at de ikke hadde fått rehabilitering (Ibid.). En viktig forskjell på denne undersøkelsen, i forhold til den foreliggende, er at førstnevnte er gjennomført av spesialisthelsetjenesten. Min oppgave er basert på en undersøkelse blant hjemmeboende, og noen av disse har kun kommunen som tjenesteyter etter at de er utskrevet. Tidsaspektet er også forskjellig, da populasjonen i min oppgave består av pasienter som har hatt slag i en lang tidsperiode (1972-2018), og noen har dermed

mye lengre erfaring med oppfølging enn det som er tilfellet i Barra et. al. sin studie av slagrammede.

Videre er det også gjort kvalitativ forskning på oppfølging av slagrammede. En studie gjennomført av Randi Martinsen ved Høgskolen i Hedmark, tar for seg personer i arbeidsfør alder som rammes av slag. I studien ble 52 slagrammede intervjuet om sin situasjon i tiden etter slaget. Studien konkluderer med at oppfølging og kunnskap i kommunene er for dårlig. De slagrammede må jobbe hardt for å komme tilbake til dagliglivet, og langt fra alle greier å komme tilbake i jobb (Martinsen et. al., 2015). Martinsens studie er altså kvalitativ, mens denne studien er kvantitativ, med innslag av kvalitative data, og omfatter en mye større gruppe slagrammede. Videre er Martinsens studie begrenset til slagrammede i arbeidsfør alder. I og med at masteroppgaven inngår i et prosjekt som tar for seg slagrehabilitering i et *livsløpsperspektiv*, er også eldre inkludert i studien. Studien omfatter derfor også en større andel slagrammede, da gjennomsnittsalderen for å få slag i Skandinavia er 75 år (Waje-Andreassen et. al., 2013).

Utgangspunktet for de tidligere studiene og denne masteroppgaven fremstår som forskjellige, og oppgaven kan tilføre ny kunnskap om oppfølgingen. Undersøkelsen gir et unikt datasett med kvantitativ og kvalitativ informasjon om de ulike delene av oppfølgingstilbudet. I denne oppgaven står også samhandling sentralt, og i den forbindelse ser den på hvordan organisering kan ha noe å si for kvaliteten på tjenestene. Temaet er aktuelt utenfor den spesifikke pasientgruppen, og jeg har derfor valgt å inkludere en tidligere studie som ser på hvordan organiseringen kan gjøres for å bedre helse- og velferdstjenester.

Tone Alm Andreassen (2014) skriver om et konkret prosjekt som kan relateres til spørsmål om organisering, og som kan være relevant for denne oppgaven. Prosjektet «Brobyggeren» handlet om å skape mer helhetlige tjenester for brukere innen rus og psykiatri. Mange kommunale tjenester, samt spesialisthelsetjenesten, var involvert i prosjektet. Prosjektet kartla hvordan brukerne forflyttet seg mellom de ulike tjenestene, og avdekket blant annet at tjenestene «kjente for lite til hverandre, at kommunikasjonen og at brukernes lovfestede rett til individuell plan ikke ble fulgt opp» (Ibid.:132). Løsningen ble å skape horisontal koordinering, altså på tvers av de organisatoriske grensene mellom de ulike tjenestene. Det ble opprettet «grenseoverbyggende møteplasser», som førte til mer samarbeid om prosedyrer for hvordan de skulle samhandle bedre, som igjen førte til større forpliktelser

mellom de ulike tjenestene. Prosjektet inkluderte også i stor grad brukermedvirkning, som viste hvor problemene lå – nemlig i samhandlingen mellom de ulike tjenestene (Ibid.).

Andreassens studie viser altså at koordinering og godt samarbeid er viktig for å skape helhetlige tilbud. Det antas at konklusjonen fra denne studien kan overføres til andre situasjoner, for eksempel når det kommer til oppfølgingen av slagrammede. Tidligere forskning på slagrammede legger også vekt på at oppfølgingen synes å være langt fra tilstrekkelig. De sier imidlertid ikke så mye om nettopp *hvor* problemet ligger. Denne masteroppgaven forsøker å se nærmere på dette. Prosjektet som oppgaven inngår i, fungerer som en kartleggingsprosess, og gir informasjon fra et brukerperspektiv. Dette kan gi svar på hvor og hvordan oppfølgingen kan bedres sett fra brukernes ståsted. Vi skal nå se nærmere på det metodiske opplegget for spørreundersøkelsen, og vurdere styrker og svakheter knyttet til dette.

3.0 Metode

Metode sier noe om hvordan man samler inn data (Jacobsen, 2005). Kapittelet vil presentere hvordan datainnsamlingen er gjennomført. På grunn av at oppgaven inngår i et allerede etablert og pågående prosjekt, var de valgene rundt metoden allerede tatt av prosjektgruppen i en tidligere fase. Det vil likevel være hensiktsmessig å presentere det metodiske opplegget og vurdere valgene som er gjort, både som et grunnlag for tolkning av resultatene, og for å se hvilke endringer som eventuelt bør gjøres i senere studier.

Metodelæren skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Sistnevnte kjennetegnes ved at man samler inn informasjon fra mange enheter, og at denne informasjonen relativt lett kan systematiseres. Den kvalitative metoden ser i større grad på detaljer og nyanser, og informasjonen som samles inn er ikke like lett å systematisere. Svarene kan imidlertid gi mer helhetlig forståelse for fenomener, siden respondentene får brukt egne ord for å uttrykke sine meninger (Jacobsen, 2005).

Undersøkelsen som denne oppgaven bygger på, er et spørreskjema sendt ut til over 800 enheter. Spørreskjemaet fungerer som en tverrsnittsundersøkelse (Jacobsen, 2005). Metoden er således kvantitativ. Spørreskjemaet inneholder imidlertid to spørsmål med åpne svaralternativer, hvor respondentene får mulighet til å beskrive oppfølgingen og hvilke endringer de har behov for med egne ord. Spørsmålene er vide, og inviterer respondentene til å reflektere over oppfølgingen. Spørsmålene bryter med den kvantitative metodens hensikt om å samle inn informasjon som lett kan standardiseres og kategoriseres. Svarene kan like fullt være svært verdifulle og brukes som supplement til de kvantitative data. Det vil ikke være like lett å sammenligne disse svarene som de kvantitative, men de kan gi et mer detaljert og nyansert bilde av hva som er viktig for den enkelte (Ibid.).

I denne oppgaven baseres analysen hovedsakelig på indeksene som er konstruert. Dette gjør at detaljer og nyanser kan falle bort. Nettopp derfor kan det være en fordel å trekke inn svarene på de åpne spørsmålene, for å hente opp igjen slike detaljer. De åpne spørsmålene kan også gi informasjon som ellers ikke ville kommet fram av de åpne standardiserte svarene. Det vil altså være en klar fordel å inkludere kvalitative data i denne oppgaven.

3.1 Utvalg av enheter

Det er antas at over 70.000 lever med hjerneslag i Norge i dag (Norsk Luftambulans, u.å.). En totalundersøkelse blir for omfattende, og det måtte derfor gjøres et utvalg. Utvalget ble først gjort av prosjektgruppa, før andre senere meldte interesser for å delta i undersøkelsen.

I utgangspunktet var dette et mindre prosjekt som skulle se på slagrammede i Møre og Romsdal. NFS Molde og omegn var initiativtaker, og det var derfor naturlig å gjennomføre undersøkelsen i blant medlemmene i foreningen. To andre lokallag for NFS ble også inkludert. For å få et noe større utvalg ble det også bestemt at medlemmene i to afasiforeninger i fylket også skulle få delta i undersøkelsen. Etter at denne undersøkelsen ble avsluttet våren 2018, ble den etter ønske fra NFS Drammen og omegn utvidet. Undersøkelsen ble sendt ut til medlemmene av lokallaget fra Drammen, og svar kom inn til prosjektgruppa. Mot slutten av 2018 ble det videre avgjort å gjøre undersøkelsen nasjonal. Alle medlemmer av NFS over hele landet fikk muligheten til å svare på undersøkelsen. Undersøkelsen ses på som en totalundersøkelse blant NFS-medlemmer, som i 2018 talte vel 1000 medlemmer (T. Aarseth, epost, 22. mai 2019).

3.2 Spørreskjema

Før utsendelsen måtte prosjektgruppa avgjøre hvordan de ønsket å formidle spørreskjemaet ut til respondentene. Valget falt på et klassisk spørreskjema på papir, sendt per post. Én årsak til dette valget var at mange slagrammede ikke bruker digitale hjelpemidler. Bare rundt halvparten av medlemmene i NFS har registrert epost-adresse. Det ble også vurdert at andre alternativer, som for eksempel kontakt over telefon, ville bli for tid- og ressurskrevende. Ved å sende spørreskjemaene i posten, får man en fysisk og psykisk avstand til respondenten. Respondenten slipper også å bli påvirket av intervjuerens væremåte, noe som kan sikre mer pålitelige svar (Jacobsen, 2005).

3.2.1 Utforming av spørreskjemaet

Spørreskjemaet (vedlegg 3) ble utformet av prosjektgruppa høsten 2017. Noen standardiserte spørsmål, i tillegg til selve malen, ble hentet fra skjemaer utformet av Nasjonalt Kunnskapssenter og Picker Institute Europe (Steinshamn og Stormo, 2018).

Spørreskjemaet er bevisst laget så enkelt og kort som mulig, fordi mange slagrammede kan ha problemer med lesing og skriving. Samtidig skal spørreskjemaet belyse mange områder.

Prosjektgruppa fikk forhåndstestet spørreskjemaet i forbindelse med en konferanse for slagrammede. Her fikk 14 slagrammede mulighet til å kommentere utformingen av skjemaet, samt de konkrete spørsmålene, og tilbakemeldingene var positive (Steinshamn og Stormo, 2018).

Spørreskjemaet som ble utformet og forhåndstestet, var det samme som ble benyttet i den første runden, hvor slagrammede i Møre og Romsdal ble undersøkt. I forbindelse med utvidelsen av undersøkelsen ble det gjort mindre endringer i spørreskjemaet, ved at respondentene bedt om å svare på hvilket lokallag de tilhører. Svarprosenten på dette spørsmålet ble imidlertid så lav at informasjonen i liten grad vil kunne brukes uten at det er fare for at respondentene blir gjenkjent.

3.2.2 Utsendelse av spørreskjemaet

Utsendelsen av spørreskjemaet foregikk i tre separate runder. Tidlig i 2018 ble undersøkelsen sendt ut til medlemmene i av NFS i Møre og Romsdal, samt to afasi-foreninger i fylket. Det var NFS Molde og omegn som tok ansvaret for å sende ut skjemaene til respondentene, og i denne omgang ble det sendt ut til 242 slagrammede.

Da undersøkelsen ble utvidet første gang, fikk medlemmer i NFS Drammen og omegn mulighet til å svare. Spørreskjemaer og ferdigfrankerte konvolutter ble sendt til lokallagslederen, som fikk ansvaret for å videresende disse til medlemmene. I alt 71 medlemmer mottok spørreskjemaet i denne runden.

I den siste utvidelsen ble undersøkelsen nasjonal. Alle medlemmer av NFS som ikke tidligere hadde fått muligheten til å svare, ble inkludert. Spørreskjemaet og svarkonvolutter ble i denne runden sendt ut til medlemmer av NFS sammen med foreningens tidsskrift, «Hjernecella». I denne runden ble det sendt ut vel 500 spørreskjemaer. Totalt for de tre rundene ble det sendt ut i overkant av 800 spørreskjemaer.

Sammen med spørreskjemaet ble det lagt ved et oversendelsesbrev (vedlegg 1). I dette brevet forklares det hva undersøkelsen går ut på, og at svarene som kommer inn kan være med på å bidra til endringer og forbedringer i oppfølgingen. Det ble også presisert at en kunne be andre om hjelp til å fylle inn skjemaet, eller la være å svare på alle spørsmål. Dette ble gjort for å forenkle prosessen for de slagrammede. Brevet inneholdt også kontaktinformasjon til flere av medlemmene i prosjektgruppa, og oppfordring om å ta kontakt ved behov. På denne måten forsøkte man å minske gapet mellom forskerne og de slagrammede.

3.2.3 Svarprosent

Totalt ble det sendt ut rundt 820 spørreskjemaer i løpet av hele prosessen, og 300 svar har kommet inn. Dette gir en svarprosent på ca. 37. Ifølge Jacobsen (2005) bør svarprosenten ligge på rundt 50 for å være tilfredsstillende. En svarprosent på 37 kan dermed oppfattes som noe lav, og blant annet være med på å gjøre undersøkelsen mindre generaliserbar. Det kan også diskuteres hvorvidt de funnene man ser er gyldige når man har lav svarprosent.

Når det gjelder dette konkrete prosjektet er det viktig å huske på at respondentene kan ha helseplager som gjør det spesielt vanskelig å fylle ut et spørreskjema. Det kan tenkes at man hadde fått en større svarprosent dersom skjemaet hadde vært sendt ut elektronisk, i tillegg til i papirform, slik at de med nedsatte skriveferdigheter også fikk svare.

Det bør videre nevnes at det er i den tredje utsendelsesrunden at svarprosenten er lavest. I undersøkelsen som ble gjort i Møre og Romsdal svarte ca. halvparten på undersøkelsen, mens svarprosenten for Drammen og omegn var på over 60. Begge disse hadde altså en svært tilfredsstillende svarprosent, respondentenes situasjon tatt i betraktning. I den siste runden hvor skjemaet ble sendt ut til resten av landet, ligger svarprosenten bare på litt over 25. Det kan ligge flere årsaker bak dette lave tallet.

For det første ble det noen komplikasjoner rundt utsendelsen av spørreskjemaene, sammen med den siste utgaven tidsskriftet «Hjernecella» i 2018. Forsinkelser i utsendelsen førte til at mange mottok spørreskjemaet først etter at svarfristen hadde gått ut. I tillegg sammenfalt dette med jule- og nyttårsfeiring. Fristen ble utvidet, og respondentene ble oppfordret til å svare. Informasjon om dette ble sendt ut i eget skriv (se vedlegg 2). En annen årsak til den lave svarprosenten kan være måten selve spørreskjemaet ble fysisk utformet på. I de to første

rundene var spørreskjemaet enkelt utformet som et stiftet hefte. I den siste runden ble dette endret, og spørreskjemaet ble utformet som et bretteark. Dette kan ha gjort det vanskeligere for respondentene å svare på skjemaet. I de to første rundene var også lokallagslederne aktive i å oppfordre sine medlemmer til å svare på undersøkelsen. Dette ble ikke gjort i den siste runden i like stor grad. Det antas at disse forholdene kan ha spilt en vesentlig rolle i forbindelse med den lave svarprosenten i den nasjonale undersøkelsen.

Til tross for en noe lav svarprosent, representerer likevel svar fra 300 slagrammede et unikt datasett som viser opplevelsen av oppfølgingen sett fra de det angår sitt perspektiv. Det vites ikke om det foreligger noe systematisk skjevt frafall, fordi vi ikke har informasjon om hvilke grupper som har falt fra, og det heller ikke foreligger tilgjengelige bakgrunnsdata som representativet kan sjekkes mot. Gitt det store fallet i svarprosent i siste runde av utsending, er det imidlertid grunn til å anta at måten skjemaet ble formidlet på, samt lokal oppfølging, har hatt stor betydning for responsraten.

3.3 Behandling av spørreskjemaene

De ferdig utfylte spørreskjemaene ble returnert til Høgskolen i Molde fra respondentene. De 122 svarene fra undersøkelsen gjort i Møre og Romsdal var allerede registrert i analyseprogrammet SPSS. Jeg registrerte svarene fra Drammen og resten av landet i samme fil. De åpne svarene ble transkribert og lagt inn i word-dokumenter. Disse svarene ble registrert ordrett så langt det lot seg gjøre. I de tilfellene håndskriften var uleselig, ble det satt inn åpenrom. For å sammenfatte informasjonen i datamaterialet, valgte jeg å benytte meg av indekser.

3.3.1 Konstruksjon av indekser

Spørreskjemaet bestod av mange spørsmål, inndelt etter tema. For å få en enkel oversikt over hvordan oppfølgingen oppleves av slagrammede, uten å måtte analysere hver enkelt variabel, ble det derfor konstruert tre indekser som samler score fra flere variabler. De tre indeksene sammenfaller med de avhengige variablene i modellen som ble presentert i innledningen.

Den første indeksen ser på hvordan slagrammede har vurdert *informasjonen* de fikk. Følgende fem spørsmål inngår i denne indeksen:

Hvordan vurderer du informasjonen du fikk ved utskrivelse fra sykehuset?

	God info	Mangelfull info	Ingen info	Ikke behov for info
Om selve sykdommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hvordan jeg skulle følges opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om risikofaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om framtidsutsikter/prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan vurderer du informasjonen du fikk etter at du var skrevet ut fra sykehuset?

	God info	Mangelfull info	Ingen info	Ikke behov for info
Om hvem som hadde ansvar for å følge meg opp i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indeksen beregner en snittverdi av de fem variablene. «God info» er gitt verdien 1, «Mangelfull info» er gitt verdien 0,5, og «Ingen info» er gitt verdien 0. «Ikke behov for info» ble holdt utenfor beregningen, fordi jeg ønsker å se på hvordan de som faktisk hadde behov for informasjon, vurderte den informasjonen de fikk. For å få beregnet en indeksverdi måtte respondentene ha gyldig svar på minst to av de fem spørsmålene, og 93 % av respondentene tilfredstilte dette kravet.

Disse delspørsmålene ble valgt fordi de omfatter informasjon om selve sykdommen og om generell oppfølging fra sykehuset og kommunen. I spørreskjemaet var det flere spørsmål som gikk på de konkrete helsetjenestene slagrammede kan ha rett på, men disse ble valgt bort fordi responsraten var lav, noe som vil si at det var få som hadde erfaringer med de enkelte tjenestene.

Den andre indeksen tar for seg hvordan de slagrammede vurderer *innholdet* i den hjelpen de har fått. Følgende åtte delspørsmål inngår i denne indeksen:

Hvor fornøyd er du med hjelpen du får når det gjelder:

	Svært misfornøyd					Svært fornøyd		Ingen mening/ikke behov
	-3	-2	-1	+1	+2	+3		
Fysisk opptrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Logopedhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykologhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indeksen beregner en snittverdi av de åtte variablene. Det vil si at hver respondent får tilordnet en snittverdi som ligger mellom -3 og +3. En respondent må ha gyldig svar på minst to av de åtte delspørsmålene for å få beregnet indeksverdi, og 80 % tilfredsstilte dette kravet.

Den tredje indeksen ser på hvordan de slagrammede vurderer *samordningen* mellom helsetjenestene innad i kommunen, og mellom kommune og stat. Følgende åtte spørsmål inngår i denne indeksen:

Ta stilling til følgende påstander: Jeg opplever at...

	Enig	Delvis enig	Uenig	Ingen mening/ vet ikke
...det samlede hjelpetilbudet er godt tilpasset mine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...i min kommune er det høy faglig kompetanse om slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...i min kommune er det godt samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...jeg har innflytelse på hvilken hjelp jeg mottar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hjelpetilbudet jeg får har blitt stadig bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...det er godt samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor fornøyd er du med hjelpen du får når det gjelder:

	Svært misfornøyd					Svært fornøyd		Ingen mening/ikke behov
	-3	-2	-1	+1	+2	+3		
Samlet oppfølging fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samlet oppfølging fra kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Som det fremgår av spørsmålene over er det benyttet to ulike svarskalaer. For å kunne beregne en samlet snittverdi var det nødvendig å fordele svarene inn i én skala. Følgende ble gjort: for de første seks delspørsmålene er «Enig» gitt verdien 1, «Delvis enig» er gitt verdien 0,5 og «Uenig» er gitt verdien 0. «Ingen mening/vet ikke» holdes utenfor ved beregningen. For de to siste delspørsmålene er «-3, -2, -1» gitt verdien 0, «+1» er gitt verdien 0,5 og «+2, +3» er gitt verdien 1. «Ingen mening/ikke behov» holdes utenfor, fordi disse variablene ikke gir informasjon om hvordan oppfølgingen faktisk har vært.

Hver respondent får tildelt en snittverdi som ligger mellom 0 og 1. En respondent må ha gyldig svar på minst to av de åtte delspørsmålene for å få beregnet en indeksverdi. Det var 85 % av respondentene som tilfredsstilte dette kravet.

Delspørsmålene i indeksen er valgt fordi de representerer viktige områder i horisontal og vertikal samordning, og fordi responsraten var god. Det indikerer at spørsmålene var relevante for respondentene.

Når man samler score fra flere variabler i slike indekser, får man altså god oversikt. Det er likevel viktig å påpeke at man kan miste detaljert informasjon ved å kombinere flere variabler. Valget om å bruke indekser i denne oppgaven ble gjort nettopp for å få den helhetlige oversikten. Dette gir muligheter til å identifisere områder som er av særlig betydning for oppfølgingen av slagrammede, og som kan forskes mer på, og nyanseres ved å gå tilbake til de opprinnelige variablene.

Ved å bruke indekser må man kritisk vurdere at de variablene man inkluderer i indeksen, kan være med på å belyse de problemstillingene man ønsker å se på.

3.4 Undersøkelsens pålitelighet

Reliabilitet og validitet er begreper som tar for seg gyldigheten av undersøkelsesopplegget, mens generalisering ser på hvorvidt man kan si at svarene forskningen gir, også gjelder for andre enn de som ble undersøkt (Jacobsen, 2005). Begrepene bør diskuteres for å vurdere undersøkelsens pålitelighet.

3.4.1 Generalisering

Generalisering vil si at man kan anta at empiriske data som gjelder én gruppe respondenter, kan overføres til å gjelde hele populasjonen (Grønmo, 2016). Populasjonen i denne undersøkelsen er samtlige medlemmer i NFS i 2018, og i utgangspunktet er det gjennomført en totalundersøkelse. Samtidig så vi at svarprosenten bare var 37 %. Kan likevel svarene fra undersøkelsen generaliseres til å gjelde hele populasjonen? Som nevnt foreligger det ikke informasjon om et eventuelt systematisk skjevt frafall, noe som taler for at generalisering er mulig. Analysene viste derimot at en stor andel av respondentene kommer fra undersøkelsens første og andre utsendingsrunde, altså fra Møre og Romsdal eller fra Drammen. Dette gir en skjevfordeling i hvor respondentene kommer fra, i og med at det er en landsdekkende undersøkelse. Det kan derfor sies at de 300 respondentene som har svart på undersøkelsen, ikke har den landsdekkende spredning som vi skulle ønske ut fra populasjonen. Men svarene kan uansett gi et bilde av hvordan oppfølgingen av slagrammede er, sett fra brukernes perspektiv. Også svarmønstrene i form av spredning og/eller enighet kan være av betydning i tolkningen.

En tenkt generalisering kunne også være til alle slagrammede i Norge. Her ses imidlertid utfordringer fordi respondentene ikke kan sies å være representativ for hele landet, på grunn av tidligere omtalt skjevfordeling. For at resultatene skal kunne generaliseres kan heller ikke medlemmene av NFS dele spesielle egenskaper som andre slagrammede ikke deler. Oppfatningen blant ledergruppen i NFS er at foreningen omfatter en gruppe slagrammede som består av relativt mange eldre. Det finnes mange unge slagrammede i Norge, noe som gjør at utvalget ikke blir representativt på aldersvariablene. Det er derfor ikke noe grunnlag for å generalisere resultatene til å gjelde alle slagrammede i Norge.

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelig datamaterialet er, og sier noe om hvordan variasjoner i datamaterialet eksisterer på grunn av årsaker som kan knyttes til selve datainnsamlingen og undersøkelsen. Hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data, er reliabiliteten høy (Grønmo, 2016). For denne undersøkelsen er det flere aspekter som kan ha påvirket reliabiliteten.

Problemene med utsendelsen i tredje runde kan som nevnt ha spilt en rolle for svarprosenten. I og med at slagrammede tilknyttet enkelte lokallag fikk tilgang til skjemaet på et tidligere tidspunkt, og fikk mulighet til å svare innen fristen, mens andre tilknyttet andre lokallag ikke mottok skjemaet før lenge etter den opprinnelige fristen gikk ut, kan det ha medført en skjevfordeling av svarene. Dette kan ha påvirket reliabiliteten negativt.

Også respondentenes helsemessige begrensninger kan ha påvirket deres muligheter til å svare på spørsmålene. Valget om å kun sende ut spørreskjemaet i fysisk form kan også tenkes å ha hatt en innvirkning. Ved å ha sendt ut skjemaet digitalt i tillegg til per post, kan det tenkes at svarprosenten ville blitt høyere, og datamaterialet mer gyldig.

Undersøkelseeffekt vil si at de som blir undersøkt blir påvirket av forskeren eller selve utformingen av undersøkelsesopplegget. Det vil aldri være mulig å unngå undersøkelseeffekter helt (Jacobsen, 2005). Denne undersøkelsen har gått ut til slagrammede som nylig har hatt slag, og også til slagrammede som fikk slag for flere tiår siden. Det kan tenkes at de som nylig har hatt slag vil ha bedre hukommelse når det kommer til oppfølgingen, og dermed evner å svare mer korrekt enn de som fikk slag mye tidligere. De som fikk slag for lenge siden kan være preget av erindringsfeil, noe som kan påvirke reliabiliteten.

Formålet med prosjektet og undersøkelsen på lang sikt er å forbedre oppfølgingen av slagrammede, noe som også ble kommunisert i oversendelsesbrevet. Det kan derfor være en mulighet at enkelte respondenter har svart strategisk i den tro at de i større grad bidrar til endringer.

Utformingen av spørreskjemaet kan også ha gitt undersøkelseeffekter. Ved første øyekast ser spørsmålene relativt nøytrale ut. Men ser man nærmere etter foreligger det forskjeller i de spørsmålene som har rangordnede svaralternativer. Spørsmålene varierer i den grad at den positive enden av skalaen ikke konstant er på høyre eller venstre side. Dette trenger ikke nødvendigvis å ha noen effekt, men det kan tenkes at respondentene blir vant til den ene eller den andre skalaen, og ikke legger tilstrekkelig merke til disse variasjonene. Dette kan da føre til feilsvar. Også hvorvidt man som respondent ser den negative eller den positive siden av skalaen først kan ha noe å si for hvordan man svarer. Videre har flere av spørsmålene mange rangordnede svaralternativer. Dette kan gjøre det vanskelig for

respondentene å skille hva som egentlig ligger i de ulike alternativene, og resultere i feilsvar eller tilfeldige valg.

Mot slutten av spørreskjemaet fikk respondentene mulighet til å kommentere selve undersøkelsen. Mange hadde positive kommentarer til undersøkelsen, men det kom også frem at flere synes den var for lang, og at det var fysisk og psykisk krevende å fylle ut hele. Det kan tenkes at dette kan ha ført til at svarene i den første delen av undersøkelsen er mer grundig gjennomtenkt enn svarene mot slutten av undersøkelsen.

Totalt sett er det mange faktorer som kan ha påvirket reliabiliteten til denne undersøkelsen. Ved å endre utformingen på spørreskjemaet kunne man kanskje fått et mer pålitelig datamateriale. Også utsendingen synes å ha spilt en rolle. Det synes likevel vanskelig å få høy reliabilitet i en slik undersøkelse på grunn av muligheten for respondentenes erindringsfeil, og at en etterspør informasjon fra perioder preget av omveltninger og usikkerhet.

3.4.3 Validitet

Validitet sier noe om gyldigheten til datamaterialet i lys av de problemstillingene man ønsker å belyse. Høy validitet kjennetegnes av at undersøkelsesopplegget gir informasjon som er relevant for problemstillingen (Grønmo, 2016). Problemstillingen i denne oppgaven er utformet på bakgrunn av de spørsmålene som finnes i spørreskjemaet, og det tyder således på høy validitet. Noen punkter rundt bør likevel diskuteres.

Særlig kan det stilles spørsmål om undersøkelsesopplegget passer godt til å besvare spørsmålet om hvorvidt oppfølgingen har endret seg etter samhandlingsreformen. Mest relevant for denne oppgaven er spørsmålet knyttet til tidspunkt for det første slaget (spørsmål 4). I analysen blir respondentene delt i to grupper – de som fikk slag før 2013 og de som fikk slag i 2013 eller senere. Vi får dermed svar på hvor god oppfølging de som fikk første slag før reformen har fått, og de som har fått slag for første gang etter reformen. Undersøkelsen er dermed i liten grad egnet til å vurdere hvordan oppfølgingen av de enkelte slagrammede har endret seg over tid. Funnene er i større grad egnet til å se om oppfølgingen for de som får slag for første gang i 2013 eller senere, fremstår som bedre enn for de som fikk slag tidligere. På dette punktet må dermed validiteten regnes som lav. For å få høyere

validitet burde undersøkelsen i større grad hatt fokus på hvordan oppfølgingen har endret seg over tid, noe som hadde stilt krav om tidsseriedata.

3.5 Etiske refleksjoner

Jacobsen (2005) nevner tre grunnleggende krav for forskningsetikk i Norge: informert samtykke, krav til privatliv, og krav på å bli korrekt gjengitt.

Informert samtykke vil si at de som undersøkes skal ha fått all nødvendig informasjon om undersøkelsen og hensikten med den, i tillegg til at de må forstå informasjonen. Deltakelse i undersøkelsen skal videre være frivillig (Jacobsen, 2005). De slaggrammede mottok et oversendelsesbrev sammen med spørreskjemaet, hvor det ble informert om undersøkelsen og dens hensikt. I og med at man ikke har noen faktisk kontakt med respondentene utover dette, vil det være vanskelig å forsikre seg om at de har full forståelse for undersøkelsen. Den omhandler imidlertid et tema som de bør ha god kjennskap til, og det antas dermed at de har tilstrekkelig forståelse for undersøkelsen og dens hensikt. Oversendelsesbrevet legger videre indirekte opp til at undersøkelsen er frivillig. Kravet om informert samtykke anses derfor å være innfridd for denne undersøkelsen.

Krav til privatliv tar blant annet for seg hvor følsom og privat informasjonen som samles inn er, og i hvilken grad dataene som samles inn gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner (Jacobsen, 2005). Undersøkelsen «Slagrehabilitering i et livsløpsperspektiv» er godkjent av Personvernombudet for forskning, Helse Møre og Romsdal HF. Undersøkelsen er i utgangspunktet ikke vurdert som meldepliktig. All kontakt med respondentene har foregått gjennom NFS, og forskerne har ikke hatt tilgang til respondentenes navn eller adresse. Spørreskjemaene var ikke nummererte. Det ble heller ikke gjennomført purrerunder. I presentasjonen av data er det videre lagt vekt på at detaljeringen ikke er så stor at det er mulig å identifisere kommune, lokallag eller enkeltpersoner. Undersøkelsen tar i utgangspunktet ikke for seg spesielt følsom informasjon, og det er spurt om svært få bakgrunnsopplysninger. Variabler på ordinalnivå for kommunestørrelse og alder ble brukt. Dette gjør det umulig å koble svarene sammen og eksponere enkeltpersoner. Bruken av indekser bidrar også til å beskytte respondentenes rett til privatliv. I oversendelsesbrevet ble det lagt vekt på at respondentene kunne besvare de spørsmålene de ønsket, noe som gjør det mulig for dem å ikke svare på spørsmål som de oppfatter som *for* privat. Det er i hovedsak

de åpne spørsmålene som har vist seg å utfordre dette kriteriet. Flere respondenter skriver om svært private og følsomme forhold. Dette er imidlertid deres eget valg, og svarene er ikke inkludert i det presenterte materialet. De fysiske versjonene av spørreskjemaene finnes bare i ett eksemplar, og er lagret ved Høgskolen i Molde i tråd med retningslinjene. Det etiske kravet om privatliv synes dermed å være godt bevart i denne undersøkelsen.

Krav til riktig gjengivelse av data handler om at man skal presentere de data som kommer inn, korrekt. Det må også unngås å ta resultat ut av sammenhenger, og der det er behov, bør fullstendige data presenteres. Data må heller ikke manipuleres eller forfalskes (Jacobsen, 2005). Svarene fra denne undersøkelsen er lagt direkte inn i analyseprogrammet SPSS, og det har ikke forekommet forfalskning i av data eller resultater. De data som presenteres i analysen, er i stor grad resultat av de konstruerte indeksene, og kan dermed mangle enkelte detaljer og nyanser som ville kommet fram hvis man ikke lagde indeksene. Dataene synes likevel å være representative for de svarene som har kommet inn. I transkriberingen av svarene på de åpne spørsmålene oppstod det i enkelte tilfeller problemer med å forstå skriften. I disse tilfellene ble det satt inn åpenrom i teksten, for å ikke påvirke disse data i større grad. Krav til riktig gjengivelse av data synes oppsummert å være relativt godt ivaretatt.

Totalt sett synes undersøkelsen å ikke utfordre noen særlige etiske problemstillinger. Det største problemet synes å være knyttet til privat og følsom informasjon, men dette er i stor grad informasjon som respondentene selv har valgt å gi i de åpne svarene. Svarene i sin helhet vil ikke bli delt annet enn innad i forskergruppen, som har underskrevet et skjema om taushetsplikt.

Det metodiske opplegget er planlagt og utformet av prosjektgruppa, uten mulighet for påvirkning fra min side. Undersøkelsen i seg selv synes å være relativt god, og legger til rette for informasjon om oppfølgingen. Særlig i diskusjonen rundt reliabilitet og validitet kommer det likevel fram at undersøkelsen kanskje ikke er tilstrekkelig for å belyse enkelte deler av min problemstilling. Hovedformålet med prosjektet og oppgaven er imidlertid å avdekke problemer med oppfølgingstilbudet for slagrammede, og undersøkelsen synes å gi informasjon om hvordan disse spørsmålene vurderes av pasientgruppen selv. Helt grunnleggende kan det stilles spørsmål om standardiserte spørreskjema er i stand til å fange

opp erfaringer og vurderinger av komplekse og dynamiske forhold. Dette vil jeg komme tilbake til i avslutningen.

Flere teoretiske perspektiver kan brukes til å diskutere eventuelle mangler i oppfølgingen av slagrammede. Neste kapittel vil se nærmere på ulike teoretiske tilnærminger som kan brukes i diskusjon av funnene.

4.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres de teorier som informerer den empiriske analysen. Problemstillingen ser på hvordan kommunestørrelse, samhandlingsreformen og de slagrammedes helsetilstand kan ha betydning for hvor fornøyde de er med oppfølgingen. Problemstillingen peker slik på flere mulige forklaringer på opplevd oppfølging, og det vil være nødvendig å inkludere flere teorier. Jeg vil trekke veksler både på bidrag som vektlegger særlige begreper innen kommunal organisering, og på mer prosessorienterte tilnærminger som ser iverksetting og samordningsutfordringer fra brukernes perspektiv. Også terskelteori presenteres, da det kan knyttes til hvorvidt de slagrammede vurderer oppfølgingen ulikt ut fra hvor god helse de har.

4.1 Kommunal organisering

Teorier og begreper innenfor kommunal organisering presenteres fordi det kan belyse eventuelle forskjeller i oppfølgingstilbudet i kommuner av ulik størrelse. Det er store variasjoner mellom kommunene både med tanke på areal og innbyggertall. Oppgaven vil konsentrere seg om sistnevnte.

Kommunene er det laveste administrative nivået i Norge, og 1. januar 2018 var det 422 kommuner i Norge (SSB, 2018). Vi er imidlertid midt oppe i en kommunereform som legger opp til sammenslåing av flere kommuner. Reformen begrunnes med at større kommuner vil gi bedre tjenester til sine innbyggere, og vil være bedre rustet til å møte stadig mer komplekse utfordringer. Særlig nevnes utfordringene i helsesektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Tross forskjeller i størrelse, skal norske kommuner være generalistkommuner. Det vil si at alle kommuner skal tilfredsstille de samme minimumskravene når det kommer til tjenester til innbyggerne, og ivaretagelse av henholdsvis de demokratiske funksjonene, planleggings- og utviklingsoppgaver, og oppgaver de er pålagt som myndighetsutøver (Fiva et. al., 2014). Kommunene blir pålagt mange oppgaver som tjenesteyter, og bortsett fra de samme kravene til tilfredsstillelse, står de i mange tilfeller fritt til å velge hvordan de ønsker å utforme tjenestene (Offerdal, 2014). Det at kommunene får slik frihet, kan gi kommunene muligheter for å utforme tjenester gjennom lokal tilpasning (Fiva et. al., 2014).

Kommunal organisering kan gjelde organisering og koordinering både vertikalt og horisontalt. Vellykket kommunal organisering kjennetegnes av to tilfredsstilte krav. Interne institusjoner må være utformet slik at de passer organisasjonens mål, og kommunenes rammebetingelser fra staten må være hensiktsmessige (Fiva et. al., 2014). I sammenheng med denne oppgaven vil det være nødvendig å se på teorier og begreper rundt kommunal organisering i lys av deres muligheter til å samordne de tjenestene som slagpasienter krever.

Kommunal organisering preges i dag i stor grad av få styringsnivåer. Særlige populære organisasjonsformer er tonivåmodellen eller flat struktur (Torsteinsen, 2012). De kommunale tjenestene er ofte forankret i resultatenheter, som selv skal drifte tjenesten og nå satte mål (Romøren, 2013). Spørreskjemaet som ligger til grunn for denne oppgaven, gir ikke empirisk grunnlag for å se på forskjeller i organisering, da vi ikke får vite hvilke former for organisering de enkelte kommunene bruker. Teorier om kommunal organisering gir imidlertid kunnskap om begreper og former for koordinering og organisering som kan brukes i diskusjonen rundt eventuelle forskjeller mellom store og små kommuner. I det videre vil fokuset derfor være på å presentere slike.

På 1980-tallet kom reformbølgen som la grunnlaget for New Public Management (NPM). Ved å ta mekanismer fra det private markedet inn i offentlig sektor, ville man kunne få en mer kostnadseffektiv forvaltning. Dette var i alle fall tanken bak reformen. Et særlig kjennetegn ved reformen er et fokus på mål og resultater. Dette reflekteres også i resultatenhetsmodellen, en modell som mange norske kommuner har valgt å benytte seg av (Torsteinsen, 2012). Hensynet til brukerne var et sterkt argument for overgangen til resultatenhetsmodellen (Gjerde, 2012). Et særlig viktig begrep her er *brukermedvirkning*. Begrepet nevnes også spesielt både i samhandlingsreformen og i kommunereformen, og synes dermed å være viktig i forbindelse med god tjenesteyting til brukere. Brukermedvirkning betyr at brukeren eller pasienten skal få mulighet til å være med på å utforme eget tjenestetilbud. Formålet er at tilbudet skal bli bedre tilpasset brukernes faktiske behov, og dermed få bedre tjenester. For at brukermedvirkning skal finne sted er det noen forutsetninger som må være til stede, blant annet må brukeren ha tilstrekkelig informasjon om sin prognose, helsetilstand, og innholdet i tjenestene. Hvis ikke slike forutsetninger foreligger kan brukeren i liten grad være med å vurdere hvilke tiltak som vil være best (Helsenorge, 2018).

Resultatenhetsmodellen legger videre opp til at fjerning av «unødvendige» mellomnivåer gir kortere veg mellom bruker og tjeneste, noe som vil gi større nærhet og gjøre forvaltningen mer brukerorientert. Ifølge Gjerde (2012) vil økt nærhet mellom brukere og tjeneste også være positivt for å gjøre tjenestene mer tilpasset hver enkelt bruker sine behov. Slike lokale tilpasninger kan resultere i at tilbudet i kommunene vil variere utover minimumskravene.

Oppdelingen i resultatenheter er ikke nødvendigvis bare positiv. For brukere med mange og sammensatte behov, for eksempel slagrammede, kan tilbudet oppleves som fragmentert (Gjerde, 2012). De som trenger hjelp fra ulike deler av hjelpeapparatet, kan føle at de blir «kasteballer» mellom de ulike tjenestene. Ingen har det overordnede ansvaret for dem, og de må navigere mellom de ulike tjenestene på egenhånd. Hjelpen kan dermed oppleves som oppstykket og usammenhengende (Andreassen, 2014).

Ifølge Andreassen (2014) består organisering av to operasjoner. Først må man spesialisere seg, dele seg opp. Deretter må man skape koordinering på tvers av det man har delt opp. Slik koordinering krever at man må se ut over egne grenser. Dette kan for eksempel gjøres gjennom motivasjon eller direkte pålegg, men kan også gjøres ved at man slår sammen tjenester som «hører sammen» (Ibid.). Å gi direkte pålegg om endringer, eller slå sammen tjenester på denne måten, gir imidlertid ikke noen garanti for bedre koordinering. Endringsprosesser som blir implementert uten at de som skal gjennomføre dem får mulighet til å delta i planleggingsprosessen, kan møte sterk motstand (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Mintzberg beskriver seks mekanismer som kan være med på å sikre koordinering. Gjensidig tilpasning, gjennom direkte kontakt og uformell informasjon, er én av dem. En annen er dreier seg om direkte ledelse og veiledning, men slik koordinering forutsetter en viss nærhet. De siste fire mekanismene består i at man skal standardisere arbeid, resultat, kompetanse eller normer (Andreassen, 2014). Mintzberg og Glouberman nevner koordinering av helsetjenesten spesielt, og argumenterer for at det først og fremst er standardisering av kompetanse som er viktig. Innenfor helsetjenestene er det mye bruk av skjønn, noe som gir autonomi til hver enkelt yrkesutøver. For å få til økt koordinering innenfor helsetjenesten må man derfor motivere yrkesutøverne, og dette kan for eksempel gjøres gjennom formelle

og uformelle team på tvers av de organisatoriske grensene, samt egne koordinerende roller (Ibid.).

Viktige begreper som vil brukes i forbindelse med diskusjonen av kommunestørrelsens betydning for oppfølgingen av slagrammede, er altså spesielt brukervedvirkning og nærhet mellom bruker og tjeneste, samt ulike former for koordinering av helsetjenestene. Knyttet opp mot den forestående kommunereformen, er det forventninger til at større kommuner kommer bedre ut enn små kommuner når det gjelder oppfølgingen av slagrammede. Diskusjonen vil se eventuelle forskjeller basert på kommunestørrelse opp mot ulikheter i den interne organiseringen.

Neste delkapittel ser på iverksettingsteori, som kan knyttes til diskusjonen om samhandlingsreformens effekter på oppfølgingstilbudet.

4.2 Iverksettingsteori

Teorier om iverksetting ser på hva som skjer etter at politiske vedtak er fattet, altså selve implementeringen (Offerdal, 2014). I oppgaven kan iverksettingsteori bidra til å belyse hvordan samhandlingsreformens effekter har vært for slagrammede. Mye av den politikken som utformes sentralt, skal iverksettes i lokale organer. Samhandlingsreformen er et klassisk eksempel på dette, da det hovedsakelig er kommunene som står for gjennomføringen av den.

Iverksettingsteori ble utviklet på 1970-tallet, og etter hvert utviklet den seg i to hovedretninger. Først var iverksettingsstudiene mest opptatt av å se om målsettingene som ble satt langt oppe i forvaltningen, ble nådd lengre ned i systemet. Denne retningen blir derfor gjerne kalt «ovenfra og ned». Styling ovenfra ble sett på som en viktig forutsetning for god iverksetting. Innenfor denne retningen vurderte man om iverksettingen var vellykket ved å se på om organisasjonspraksisen samsvarte med de målene som var satt. Problemer med iverksettingen ble gjerne forklart ut fra tre forhold (Offerdal, 2014):

- 1) Man mangler konkrete og klare mål. Klare mål etterstrebes, men politikk er ofte et resultat av forhandlinger og kompromiss. Dette gjør at målene i større grad kan bli åpen for tolkning av de som skal iverksette politikken. I enkelte tilfeller kan også mange målsetninger være med på å gjøre målet mer uklart.

- 2) Man mangler klare autoritetsstrukturer. Myndighet delegeres ofte nedover i forvaltningen. I tillegg legges det i mange tilfeller opp til skjønn hos den enkelte yrkesutøver, særlig i helsesektoren. Dette kan bidra til å gjøre autoritetsstrukturene uklare.
- 3) Det etableres motstand fra de lokale iverksetterne. Planlegging av vedtak på ett styringsnivå og gjennomføring i et annet kan føre til uønskede virkninger av iverksettingen, for eksempel på grunn av intern motstand mot endringene. Ineffektivitet lokalt kan også være et resultat av trege omstillingsprosesser, uten av det nødvendigvis trenger å foreligge aktiv motstand.

Utgangspunktet for dette perspektivet er at iverksetterne har ansvaret for at målene blir nådd, uten at de skal påvirke det faktiske innholdet i det. Noen vedtak gir imidlertid rom for frihet når det kommer til utforming av tjenestene. Dette kan skape utfordringer i den grad at iverksettingen utføres forskjellig lokalt, noe som også gjør at evalueringene vil bli forskjellige, og det kan bli vanskelig å vurdere graden av måloppnåelse (Offerdal, 2014).

Etter hvert utviklet det seg en annen retning innenfor iverksettingsteori. Nedenfra-og-opp-perspektivet kom som en reaksjon på styringsiveren som fulgte av ovenfra-og-ned-perspektivet. Den nye retningen la i større grad vekt på selve prosessen som skjer nedenfra når vedtak iverksettes. Lokal kontekst kan spille en stor rolle for hvordan iverksettingen blir. Lokale aktører kan dermed skape problemer for iverksettingen, ved å bidra til at tjenestene avviker fra de målene som er satt (Offerdal, 2014).

I nyere tid brukes sjelden de to perspektivene hver for seg. Gjennom utviklingen av iverksettingsteori har man sett at de to perspektivene ikke nødvendigvis trenger å utelukke hverandre – de kan gjerne kombineres. Iverksettingsprosessen påvirkes både av prosesser ovenfra og ned, og nedenfra og opp. Richard Matland er en av teoretikerne som arbeidet med å kombinere de to perspektivene, og i det videre vil jeg presentere hans teori nærmere.

4.2.1 Uklarhet og konflikt i politiske iverksettingsprosesser

Matland (1995) utviklet en modell hvor han kombinerer flere elementer fra de to retningene innenfor iverksettingsteori. Modellens utgangspunkt er at alle iverksettingsprosesser formes av to faktorer – uklarhet og konflikt. Ved å vurdere graden av uklarhet og konflikt rundt iverksettingen av samhandlingsreformen, kan vi i diskusjonen plassere iverksettingen av reformen inn i Matlands modell.

Modell 2: Uklarhet og konflikt i politiske iverksettingsprosesser

		Conflict	
		Low	High
Ambiguity	Low	Administrative Implementation <i>Resources</i>	Political Implementation <i>Power</i>
	High	Experimental Implementation <i>Contextual conditions</i>	Symbolic Implementation <i>Coalition strength</i>

Kilde: Matland (1995:160)

I denne modellen er det satt opp fire ulike perspektiver på iverksettingsprosessen. Variasjonene i de fire perspektivene er basert på forskjeller i graden av uklarhet og konflikt i prosessene (Matland, 1995).

Den administrative iverksettingen skjer når både uklarhet og konfliktnivå er lavt. Resultatet er avhengig av at iverksetterne har tilgjengelige ressurser i form av kunnskaper, personell og økonomi (Matland, 1995). Perspektivet sammenlignes gjerne med det klassiske ovenfra-og-ned-perspektivet (Offerdal, 2014).

Når konfliktnivået er høyt, og uklarheten er lav, har vi det Matland (1995) kaller politisk iverksetting. Utfallet av prosessen er i denne retningen avhengig av maktforholdene. De politiske vedtakene blir tvunget gjennom, til tross for eventuell motstand. I mange tilfeller kan iverksetterne i de lavere leddene være uenige i beslutningene, og forutsetningen for en

vellykket iverksetting er at noen likevel har tilstrekkelig makt til å tvinge beslutningene gjennom (Ibid.). Denne formen for iverksetting kan ses på som en nyere variant av ovenfra-og-ned-perspektivet (Offerdal, 2014).

Ekspérimentell iverksetting skjer når uklarheten er høy, og konfliktnivået er lavt. Aktørene som deltar i slik iverksetting, og konteksten den foregår i, kan begge være med på å påvirke resultatet. Perspektivet legger således til rette for tilpasning av politikk til de lokale forholdene, og perspektivet kan sammenlignes med nedenfra-og-opp-tilnærmingen (Matland, 1995, Offerdal, 2014).

En siste retning er en situasjon hvor både uklarhet og konfliktnivå er høyt. Matland (1995) kaller dette symbolsk iverksetting. I denne retningen spiller profesjonene en viktig rolle. Resultatene vil kunne varieres sterkt fra prosess til prosess på grunn av det høye nivået av uklarhet. Koalisjonsbygging på lokalt nivå vil derfor være viktig for å oppnå god iverksetting (Ibid.). Dette perspektivet inneholder dermed elementer fra både ovenfra-og-ned-tilnærmingen, og nedenfra-og-opp-tilnærmingen (Offerdal, 2014).

Teorier om iverksetting ser altså på hvordan de politiske vedtakene får sitt konkrete innhold. Både ovenfra-og-ned-tilnærmingen og nedenfra-og-opp-tilnærmingen kan brukes til å diskutere iverksettingen av samhandlingsreformen, i tillegg til Matlands modell. Samhandlingsreformen har mål om bedre oppfølging og mer helhetlige tilbud, og det forventes at iverksettingen av reformen har hatt positive virkninger for oppfølgingen av slagrammede. Forventningene knyttes til bedre samhandling både vertikalt og horisontalt. Jeg vil forvente forbedringer på alle de tre indeksene, men særlig når det gjelder «samordning».

Siste delkapittel presenterer den teoretiske tilnærmingen, terskelteori, som i diskusjonen kan knyttes til de slagrammedes helsetilstand.

4.3 Terskelteori

Terskelteori ser på hvordan brukere av velferdstjenester må passere «terskler» for å få tilfredsstilt sine behov. Teorien er relevant for denne oppgaven da den kan brukes til å belyse

diskusjonen om hvorvidt slagrammedes egen helsetilstand har hatt noe å si for den oppfølgingen de har fått.

Som innbyggere i en velferdsstat har vi flere roller i samfunnet. Særlig knyttet til samfunnsvitenskapen er rollene som borgere og brukere. Som borgere opptrer vi som offentlige aktører, og rollen knyttes gjerne til politisk deltakelse. Som brukere opptrer vi som privatpersoner, og rollen knyttes til konsum av kommunale eller statlige tjenester (Regjeringen, 2014b, Gjerde, 2012). Med NPM-reformens mål om økt brukervedvirkning kom også en endring i brukerrollen. For å kunne bidra til å endre eget tjenestetilbud, må brukerne i større grad delta aktivt (Gjerde, 2012). Økt brukervedvirkning krever også endringer i forvaltningen. Økt etterspørsel av helsetjenester, kombinert med krav om økt brukervedvirkning, går ut over de faktiske ressursene. Konsekvensene av dette blir prioritering (Jacobsen et. al., 1982).

Flere undersøkelser har vist tendenser til at de som trenger det mest, får minst (Jacobsen et. al., 1982). Det vil si at brukerne med størst og mest sammensatte behov for hjelp, vil kunne få vanskeligheter med å få dekket disse. Personer som blir rammet av slag kan havne i denne brukergruppen. Terskelteori kan brukes til å forklare fenomener rundt forskjeller i tjenestetilbud. Teorien ser på hvordan ulike terskler legger hindringer for hjelp, og hvordan man etter å ha passert én terskel, ofte møter på en ny. Figuren under illustrerer dette.

Figur 1: Terskler som må overkommes for å få tilfredsstillende tjenester.



Figuren er basert på «Fordelingspolitikens forvaltning» av Jacobsen et. al. fra 1982.

Den første terskelen kalles *registreringsterskelen*. Forvaltningen reagerer ikke automatisk når en mottaker får et behov. Disse må på en eller annen måte meldes inn, eller registreres. Mange blir ikke registrert, noe som kan komme av flere årsaker. For eksempel kan det være at vedkommende ikke er klar over at det eksisterer offentlige tiltak som kan løse problemene eller dekke behovet. Det kan også handle om at tid, energi og pågangsmot kreves for å ta kontakt med riktig instans. Bare det å finne fram til riktig instans kan i noen tilfeller være krevende (Jacobsen et. al., 1982). Mange brukere, deriblant slagrammede, har ofte ikke slike ressurser. Vanskeligheter med å ta initiativ selv kan dermed være en årsak til at mange ikke kommer seg forbi denne terskelen. I noen tilfeller driver organisasjoner oppsøkende virksomhet. Dette kan fungere som et virkemiddel for å hjelpe enkelte til å passere denne terskelen (Ibid.).

Den andre terskelen kalles *kompetanseterskelen*, og stiller videre krav til søkeren. Fysiske ferdigheter som syn, hørsel, tale og muligheter for å bevege seg, kan gi store fordeler når det kommer til å overkomme denne terskelen (Jacobsen et. al., 1982). For mange slagrammede vil nettopp disse ferdighetene kunne være nedsatt i større eller mindre grad. Videre er det å kunne formulere sine problemer og behov på en forståelig måte, en klar fordel for å komme forbi kompetanseterskelen. Å forstå hvilke lover og rettigheter man har krav på, og hva de innebærer, synes å ha mye å si for muligheten til å passere denne terskelen (Ibid.). For slagrammede, særlig i den første tiden etter slaget, vil det kunne være altfor krevende å sette seg inn i slike lover og retningslinjer. Det er heller ikke sikkert at de har oversikt over hvilke behov som skal dekkes på et tidlig tidspunkt. Mangelen på kompetanse vil altså kunne føre til at man havner langt bak i køen når velferdstjenestene skal fordeles. Det er mulig å få hjelp til å passere denne terskelen ved at tjenestemannen fungerer som veileder (Ibid.).

Den tredje terskelen kalles *effektivitetsterskelen*. Denne terskelen stiller krav til at søkeren har behov som kan løses enkelt og effektivt, slik at de går raskt gjennom systemet. Sammensatte og langvarige hjelpebehov sammenfaller ofte ikke med slik effektivitet. Fordelingspolitikk og vurderinger av kost/nytte kan også spille inn her, da det å dekke én enkelt bruker sine behov kan føre til at ti andre ikke får tilfredsstilt sine behov av en simplere art (Jacobsen et. al., 1982). Slagrammedes behov er ofte av en slik art at de kan komme i konflikt med dette ønsket om effektivitet, noe som kan føre til at de ikke blir prioritert. Videre kan ønsket om effektivitet bidra til at fordeling skjer på bakgrunn av brukernes skikkethet, heller enn på bakgrunn av deres faktiske behov (Ibid.).

Tildelingen av velferdstjenester, også innenfor helsesektoren, kan altså synes å favorisere brukere som klarer å overkomme de tre tersklene registrering, kompetanse og effektivitet (Jacobsen et. al., 1982). Forventningene til analysen vil derfor være at slagrammede med dårlig helse og antatt store behov, i mindre grad kan forsere hindringene og få god hjelp, enn de med større ressurser og presumptivt mer begrensede behov for hjelp.

De teoretiske tilnærmingene som er presentert i dette kapitlet, kan alle knyttes opp til ulike deler av slagrammedes oppfølging. I neste kapittel vil funnene fra analysen presenteres, og i kapittel 6 vil funnene diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket.

5.0 Analyse

Dette kapittelet vil gi en presentasjon av empiriske funn. I forbindelse med analysen er det konstruert tre indekser, som er gjort rede for i metodekapittelet. Indeksene sammenfaller med de tre avhengige variablene i oppgavens overordnede modell. Analysen av indeksene presenteres i tre delkapitler.

5.1 Informasjon

Delkapittelet om informasjon fremlegger bi- og multivariate analyser som viser hvorvidt de slagrammede er fornøyd med informasjonen de fikk ved utskrivelse fra sykehuset og i tiden etterpå, og i hvilken grad ulike faktorer har hatt betydning for opplevelsen. Først vil jeg kommentere frekvensfordelingen, før jeg videre ser på fordelingene i lys av kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand.

Informasjonsindeksens gradering er gjort på følgende måte: «Ingen informasjon» er ment som at de slagrammede ikke har mottatt noen form for informasjon. «Mangelfull informasjon» tolkes som et uttrykk for at slagrammede synes informasjonen de fikk ikke var tilstrekkelig, eller at de savnet mer informasjon på spesifikke områder. «God informasjon» vurderes som at de slagrammede har fått informasjon som var tilfredsstillende for sine behov.

Den første tabellen ser på forholdet mellom informasjon og kommunestørrelse.

Tabell 1: Vurdering av hvor fornøyde slagrammede var med informasjonen fordelt på kommunestørrelse. Prosent.

	Antall innbyggere i kommunen			Total
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Ingen informasjon	36	29	29	30
Mangelfull informasjon	29	32	40	36
God informasjon	36	39	30	33
Sum	100 % (N=56)	100 % (N=59)	100 % (N=161)	100 % (N=276)

Gamma = -0,021

Frekvensfordelingen viser at respondentene fordeler seg nokså likt på de tre alternativene, med en liten overvekt på mangelfull informasjon. Hele 66 % av slagrammede har svart at de fikk ingen eller mangelfull informasjon.

Tabellen viser videre at det er små forskjeller mellom hvordan respondentene vurderer informasjonen de har fått, sett i forhold til innbyggertallet i deres hjemkommune. Fordelingen er forholdsvis lik for alternativene kommunene imellom, noe også korrelasjonsmålet viser (Gamma = 0,021).

Neste tabell ser på hvorvidt de som fikk første slag etter iverksettingen av samhandlingsreformen, svarer annerledes enn de som fikk første slag før reformen, når det kommer til grad av informasjon.

Tabell 2: Vurdering av hvor fornøyde slagrammede var med informasjonen fordelt på tidspunkt for slag. Prosent.

	Tidspunkt for første slag		Total
	Før 2013	2013 eller senere	
Ingen informasjon	36	22	31
Mangelfull informasjon	33	40	36
God informasjon	30	39	34
Su	100 % (N=168)	100 % (N=106)	100 % (N=274)

Gamma = 0,230

Tabellen viser at 69 % av de som fikk slag for første gang før 2013, fikk ingen eller mangelfull informasjon, mens 61 % av de som fikk slag for første gang i 2013 eller senere, svarer det samme. Tilsvarende viser tabellen en liten økning i andelen som fikk god informasjon blant de som fikk slag for første gang i 2013 eller senere. Forskjellene er små, men det er en svak tendens til at de som har fått første slag etter iverksettingen av samhandlingsreformen, kommer noe bedre ut når det gjelder vurdering av informasjon, enn de som fikk første slag før reformen. Dette bekreftes av Gamma på 0,230.

Den siste uavhengige variabelen er pasientenes selvopplevde helsetilstand, og tabellen under ser på hvordan denne variabelen kan ha betydning for hvor god informasjon en har fått.

Tabell 3: Vurdering av hvor fornøyde slagrammede var med informasjonen fordelt på helsetilstand. Prosent.

	Selvopplevd helsetilstand i dag			Total
	God helse	Grei helse	Dårlig helse	
Ingen informasjon	23	32	39	30
Mangelfull informasjon	29	38	44	36
God informasjon	48	30	17	33
Sum	100 % (N=87)	100 % (N=131)	100 % (N=54)	100 % (=272)

Gamma = 0,298

Tabellen viser at 48 % av de som vurderer sin helsetilstand i dag som god, også opplevde å få god informasjon. Bare 17 % av de med dårlig helsetilstand opplevde det samme. Tilsvarende forskjeller finnes for de andre verdiene, og korrelasjonsmålet viser en samvariasjon med Gamma = 0,298. Resultatet tyder på at informasjonsbehovet blir dårligst ivaretatt for de med antatt størst behov, grunnet dårlig helsetilstand.

Så langt har vi sett at variablene kommunestørrelse og tidspunkt for slag synes å ha relativt liten betydning for i hvilken grad respondentene opplevde å få god informasjon etter slaget, mens egen helsetilstand gir et visst utslag. Kan det tenkes at de uavhengige variablene samspiller med hverandre på måter som ikke fanges opp i de bivariate analysene? I det videre presenteres noen multivariate analyser som kan gi svar på dette.

Neste tabell ser på om det foreligger sammenhenger mellom hvor god informasjon de slagrammede har fått, med kontroll for helsetilstand og innbyggertallet i deres hjemkommune.

Tabell 4: Vurdering av informasjon fordelt på helsetilstand og kommunestørrelse. Prosentandel som har svart «God informasjon».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
God helse	48	60	45	N=85
Grei helse	29	34	28	N=131
Dårlig helse	17	20	17	N=52
	N=55	N=57	N=156	N=268

Tabellen viser at når vi holder variabelen helsetilstand konstant, er det små forskjeller mellom kommunene ut fra størrelse. Det er i mellomstore kommuner at flest slagrammede har svart at de fikk god informasjon, uavhengig av helsetilstand.

Indeksen for informasjon bygger på spørsmål om informasjon både fra sykehus og kommunene. Det kan derfor medføre feilslutninger å konkludere helt sikkert ut fra denne tabellen.

Videre ser vi på om de slagrammede som har fått god informasjon, fordeler seg ulikt før og etter 2013 basert på deres helsetilstand.

Tabell 5: Vurdering av informasjon fordelt på helsetilstand og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «God informasjon».

	Tidspunkt for første slag		
	Før 2013	2013 eller senere	
God helse	40	62	N=86
Grei helse	30	33	N=127
Dårlig helse	14	21	N=53
	N=164	N=102	N=266

Tabellen viser at for slagrammede med grei eller dårlig helse, er det relativt små forskjeller før og etter 2013, blant de som fikk god informasjon. En utvikling som muligens kan tolkes som en gevinst av reformen, kommer fram av resultatene for de med god helse. Andelen i denne gruppen som har fått god informasjon gikk opp med 22 prosentpoeng fra før 2013 til etter 2013.

Tabellen i vedlegg 4 viser en nedgang i antall slagrammede som har svart «Ingen informasjon» uavhengig av helsetilstand, før og etter 2013. Særlig for de med dårlig helse er forskjellene fremtredende – 52 % av de som har dårlig helse og som fikk slag for første gang før 2013 svarte at de fikk ingen informasjon, mens blant de som fikk slag for første gang i 2013 eller senere var prosentandelen nede på 25, altså en differanse på 27 prosentpoeng.

I neste tabell ser vi på om det foreligger forskjeller i informasjonstilfredsstillelse før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen i kommuner med ulik størrelse.

Tabell 6: Vurdering av informasjon fordelt på kommunestørrelse og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «God informasjon».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Før 2013	31	36	29	N=166
2013 eller senere	42	47	34	N=104
	N=54	N=57	N=159	N=270

Tabellen viser en økt andel slagrammede som har fått god informasjon etter 2013, uavhengig av kommunestørrelse. Videre ser vi at både forbedringsgraden og andelen med «God informasjon» kommer svakes ut i de store kommunene. Men her må det igjen understrekes at forskjellene ikke er store, og må tolkes med forsiktighet.

Spørreundersøkelsen inkluderte også to åpne spørsmål hvor respondentene med egne ord kunne beskrive oppfølgingen og hva som burde vært gjort annerledes. Flere av respondentene har i disse svarene gitt uttrykk for at informasjonen de fikk var dårlig.

En av respondentene skriver «Saknar informasjon/samtale om sjukdommen og min situasjon» (nr. 54). En annen skriver «Info, prognoser videre = 0%» (nr. 193). En tredje ønsker «mye mer opplysninger om alt som har med slag å gjøre.» (nr. 19).

Mangelen på informasjon foreligger også konkret etter utskrivelse fra sykehus, og en respondent skriver «Savner mer informasjon og oppfølging etter at jeg ble utskrevet» (nr. 270).

Behovet synes å foreligge også i et lengre tidsperspektiv etter utskrivelsen, og en respondent skriver:

«Sidan eg ikkje kan hugsa særlig fra de 3 mnd. eg var til behandling i sjukehus, og heller ikke frå første tida etter rehab kunne eg ynskje at ein vart kalla inn til resamtale ca. et halvt til ett års tid etter heimreise. Dette burde være et tilbod for alle. For meg vart det mange ubesvarte spørsmål, tankekaos, forvirring og unødvendig grubling.» (nr. 101).

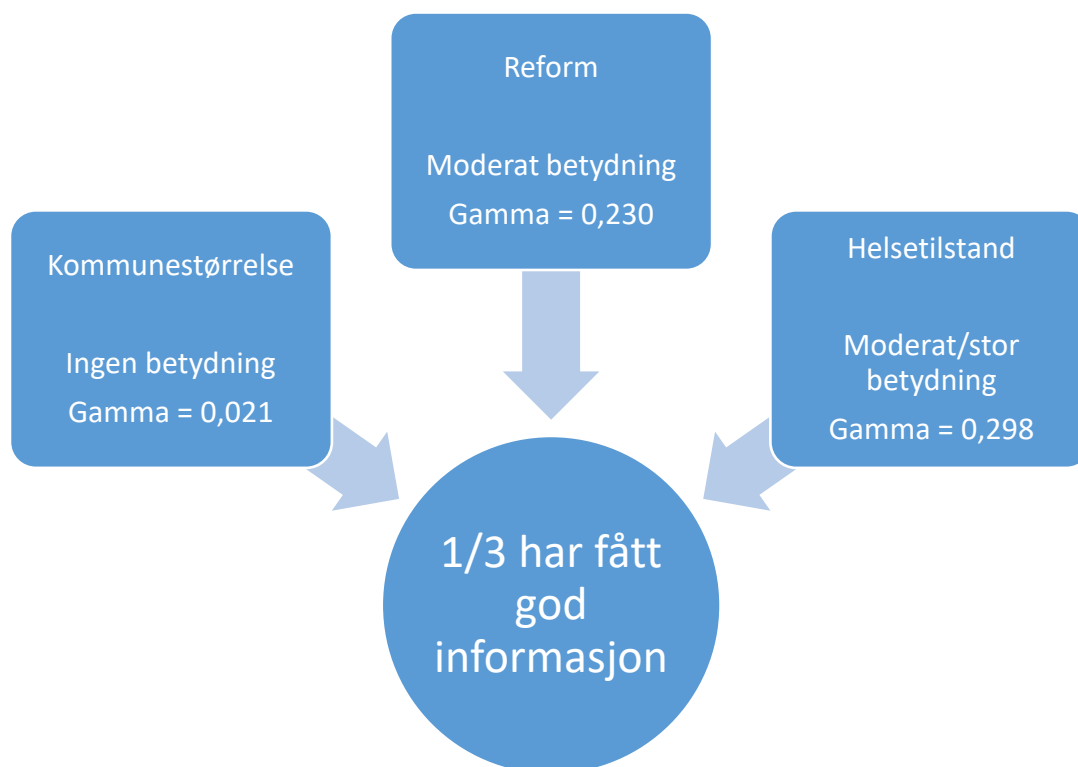
En annen skriver «Få mere informasjon. Vanskelig å sette seg inn i alt etter et hjerneslag.» (nr. 125). Disse svarene kan tyde på at det å ta imot informasjon kort tid etter hjerneslaget, kan oppleves som vanskelig. Behovene for oppfølgingssamtaler og informasjon i et lengre tidsperspektiv synes tydelige.

Enkelte respondenter skriver også at de selv har måttet stå på for å få den informasjonen de trenger. Blant annet skriver en: «Fikk info stort sett etter eget initiativ» (nr. 224). Slagrammede har rett på informasjon rundt sin diagnose, og videre hjelp. Det å selv skulle ta initiativ til å få den informasjonen man trenger, kan være for mange oppleves som en ekstra belastning.

5.1.1 Hovedfunn - informasjon

Basert på de bivariante analysene kan hovedfunnene når det gjelder hvorvidt kommunestørrelse, slagtidspunkt og egen helsetilstand har betydning for om informasjonsbehovet er tilfredsstilt, visualiseres i følgende figur:

Figur 2: Ulike faktorerers betydning for informasjonstilfredsstillelse.



Figuren viser at bare 1/3 av slagrammede mener de har fått god informasjon. Det vil si at 2/3 av slagrammede sitter med ubesvarte spørsmål når de blir skrevet ut fra sykehuset, og i tiden etterpå. Å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og relevante hjelpetilbud, er noe slagrammede har rett på etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 første og siste ledd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven 2011: §4-2a).

Den bivariante analysen viste at kommunestørrelse ga lite utslag på informasjonsindeksen. De multivariate analysene bekreftet at forskjellene var små, men avdekket en svak tendens til at situasjonen er mest bekymringsfull i de store kommunene. Her fant en både den laveste andelen slagrammede som opplevde god informasjon, samt minst forbedring etter 2013.

Samlet sett synes tidspunkt for slag å ha en svak positiv betydning i tråd med hva man kunne forvente etter samhandlingsreformens intensjoner. Det er en lavere slagrammede som fikk første slag i 2013 eller senere, som opplevde å få ingen informasjon, og tilsvarende høyere andeler fikk moderat eller god informasjon. Multivariate analyser bekreftet tendensen, og viste at informasjonen oppleves bedre for de som fikk første slag etter 2013, uavhengig av helsetilstand.

Det er imidlertid variabelen helsetilstand som gir størst utslag på informasjonsindeksen, ut fra den bivariante analysen. Tilsvarende har de med dårlig helse i større grad opplevd å få ingen eller mangelfull informasjon. Ut fra dette kan det tenkes at informasjon om diagnoser, prognoser og videre hjelp er en viktig del av oppfølgingen av slagrammede. De multivariate analysene viser at de med god helse er mer fornøyd med informasjonen uavhengig av kommunestørrelse.

De åpne svarene underbygger i stor grad funnene i de kvantitative analysene, og viser at mange slagrammede opplever informasjonen i dag som for dårlig, og for mye konsentrert til den akutte sykdomsdebuten. Svarene tyder på at det er vanskelig for slagrammede å oppfatte informasjonen som blir gitt på sykehuset og ved utskriving, og det er behov for mer og bedre informasjon i etterkant. Samlet sett fremstår informasjonsbehovet som kontinuerlig, og dagens opplegg synes å være minst egnet til å ivareta behovene til slagrammede med dårlig helse.

5.2 Innhold i hjelpetilbud

I dette delkapittelet ser jeg nærmere på hvordan respondentene har vurdert innholdet i hjelpetilbudene de har fått. Systematikken er den samme som i forrige delkapittel. Først vil frekvensfordelingen kommenteres, deretter analyseres innholdet i hjelpetilbudet fordelt på variablene kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand.

Den første tabellen ser på hvor fornøyde slagrammede har vært med innholdet i hjelpetilbudet i små og store kommuner.

Tabell 7: Vurdering av innhold i hjelpetilbudet fordelt på kommunestørrelse.

Prosent.

	Antall innbyggere i kommunen			Total
	Under 7000	7.000-20.000	Over 20.000	
Svært misfornøyd	10	17	16	15
Noe misfornøyd	16	22	16	18
Noe fornøyd	14	22	22	21
Svært fornøyd	59	39	45	47
Sum	100 % (N=49)	100 % (N=54)	100 % (N=135)	100 % (N=238)

Gamma = -0,084

Frekvensfordelingen viser at 47 % av respondentene er svært fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. Ca. 1/4 er noe eller svært misfornøyd.

Tabellen viser videre at det i små kommuner er høyest andel slagrammede som er fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. Forskjellene mellom mellomstore og store kommuner er små, med en liten fordel til store kommuner. Samlet sett er korrelasjonen svak, noe vi ser av Gamma = -0,084.

Neste tabell tar for seg hvorvidt de som fikk første slag etter iverksettingen av samhandlingsreformen er mer fornøyd med innholdet enn de som fikk første slag før reformen.

Tabell 8: Vurdering av innhold i hjelpetilbudet fordelt på tidspunkt for slag. Prosent.

	Tidspunkt for første slag		Total
	Før 2013	2013 eller senere	
Svært misfornøyd	13	18	15
Noe misfornøyd	18	15	17
Noe fornøyd	22	18	21
Svært fornøyd	47	48	47
Sum	100 % (N=141)	100 % (N=93)	100 % (N=234)

Gamma = -0,022

Tabellen viser svært små forskjeller i vurderingen av hjelpetilbudet før og etter 2013. Bildet synes å være preget av stabilitet langs tidsaksen, noe som også kommer frem av korrelasjonsmålet, der Gamma = -0,022.

Videre ser vi på om slagrammedes helsetilstand i dag har betydning for hvor fornøyd de er med innholdet i hjelpetilbudet.

Tabell 9: Vurdering av innhold i hjelpetilbud fordelt på helsetilstand. Prosent.

	Selvopplevd helsetilstand i dag			Total
	God helse	Grei helse	Dårlig helse	
Svært misfornøyd	5	13	34	15
Noe misfornøyd	10	21	20	18
Noe fornøyd	18	21	22	20
Svært fornøyd	68	46	24	47
Sum	100 % (N=62)	100 % (N=120)	100 % (N=50)	100 % (N=232)

Gamma = -0,458

Tabellen viser at det foreligger en proporsjonalitet mellom hvor fornøyd slagrammede er med innholdet i hjelpetilbudet, og hvor god de vurderer sin helsetilstand i dag til å være. Hele 68 % av de som vurderer sin helsetilstand i dag som god, er også svært fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. Bare 5 % av de med god helse har svart at de er svært misfornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. På den andre siden er 34 % av de som vurderer sin helsetilstand som dårlig svært misfornøyd, mens 24 % er svært fornøyd. Ser vi isolert på de som har dårlig helse, kan vi se at det er stor spredning i hvor fornøyd de er, mens hos de med god helse er det relativt liten spredning. Korrelasjonsmålet viser også at det foreligger

klar samvariasjon mellom hvor god helse de slagrammede har, og hvor fornøyd de er med innholdet i hjelpetilbudet.

Det er viktig å gjøre en vurdering av hvorfor denne samvariasjonen foreligger. Det kan være slik at de som har god helse i dag, nettopp av den grunn er svært fornøyd med hjelpen de har fått etter slaget. Tilsvarende kan det tenkes av de som i dag har dårlig helse, er misfornøyd med hjelpen de fikk fordi de ikke har bedre helse. I noen tilfeller kan det også tenkes at respondentene vurderer helsetilstanden som god «etter forholdene», for eksempel at de friske selv om de opplever lammelse. Det kan derfor være noe vanskelig å trekke konklusjoner fra denne tabellen, selv om vi har en veldig klar samvariasjon. Tendensen synes imidlertid å være at de med god helse er mer fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet enn de med dårlig helse.

Når en holder variabelen «helsetilstand» konstant, kan en videre se om det er forskjeller i andelen som er fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet i små og store kommuner.

Tabell 10: Vurdering av innhold i hjelpetilbud fordelt på helsetilstand og kommunestørrelse. Prosentandel som har svart «Svært fornøyd».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
God helse	67	91	60	N=61
Grei helse	50	30	52	N=120
Dårlig helse	71	18	13	N=49
	N=48	N=52	N=130	N=230

Tabellen viser at blant slagrammede med dårlig helse som bor i små kommuner, er en andel på hele 71 % svært fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. Blant de med dårlig helse i mellomstore og store kommuner er andelene som er svært fornøyd under 20 %. Blant slagrammede med god helse er det en mye større andel som er svært fornøyd i de mellomstore kommunene.

Tabellen i vedlegg 5 viser tilsvarende vurdering med prosentandel som har svart «Svært misfornøyd», og viser at blant de med dårlig helse som bor i store kommuner er det 45 % som er svært misfornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. Blant de med dårlig helse i små

kommuner er det 14 % som er svært misfornøyd med innholdet. Forskjellene mellom små og store kommuner bekreftes altså av denne tabellen.

Neste tabell ser på om det er forskjeller i andelen som er svært fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet før og etter 2013, når variabelen «helsetilstand» holdes konstant.

Tabell 11: Vurdering av innhold i hjelpetilbud fordelt på helsetilstand og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «Svært fornøyd».

	Tidspunkt for første slag		
	Før 2013	2013 eller senere	
God helse	62	79	N=61
Grei helse	46	47	N=116
Dårlig helse	27	22	N=49
	N=137	N=89	N=226

Tabellen viser at blant de med dårlig og grei helse er det minimale forskjeller før og etter samhandlingsreformen. For de med god helse er det en noe større andel som er svært fornøyd med innholdet blant de som fikk første slag i 2013 eller senere, med en prosentdifferanse på 17.

Den siste multivariate analysen ser på forskjeller innholdet i hjelpetilbudet før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen, i små og store kommuner.

Tabell 12: Vurdering av innhold i hjelpetilbud fordelt på kommunestørrelse og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «Svært fornøyd».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Før 2013	62	41	43	N=140
2013 eller senere	50	39	51	N=92
	N=47	N=52	N=133	N=232

Totalt sett viser tabellen mer stabilitet enn endring av vurderingene av hjelpetilbudet, avhengig av om slagdebut skjedde før eller etter iverksettingen av samhandlingsreformen. En svak, men like fullt interessant tendens, er at blant de som fikk slag for første gang før 2013, var det i små kommuner at den største andelen var svært fornøyd. Ser man på de som fikk slag for første gang i 2013 eller senere, er forskjellene borte. Det kan tyde på at

samhandlingsreformen ikke har ført til bedring i de små kommunene, og en mulig årsak kan være at hjelpetilbudene i små kommuner var bedre i utgangspunktet, og at reformen ikke ga noe «løft».

Også når det kommer til innhold i hjelpetilbudene, gir de åpne svarene bekreftelse på funnene i den kvantitative analysen. Mange er fornøyde med innholdet, for eksempel skriver en respondent «Går til behandling med fysioterapeut annakvar veke. Dette opplegget synes eg fungerer godt.» (nr. 55). En annen har «Hatt god hjelp av hjemmetjenesten», men skriver videre at behovene for andre tjenester ikke er tilfredsstillende (nr. 1). «Jeg er særlig tilfreds med behandlingen jeg får hos logoped», skriver en respondent, som også er fornøyd med fysioterapi-behandlingen (nr. 66). Generelt synes mange slagrammede å være fornøyd med innholdet i tjenestene.

Det er også noen som er mindre fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet. En respondent skriver at «[...] Da hadde jeg fått tildelt hjemmesykepleie, dette fungerte veldig dårlig da hjemmesykepleien ikke kom ved behov slik avtalen var.» (nr. 272). En annen respondent har fått «Tilfredsstillende hjelp fra kommunen til hjemmesykepleie i heimen. For dårlig tilbud fra kommunen til avlastning i hjemmet. Alt for lite trening i hverdagen.» (nr. 294).

Innholdet i tjenestene kan også oppleves som dårligere dersom man ikke klarer å skape relasjoner med tjenesteyterne. En respondent skriver:

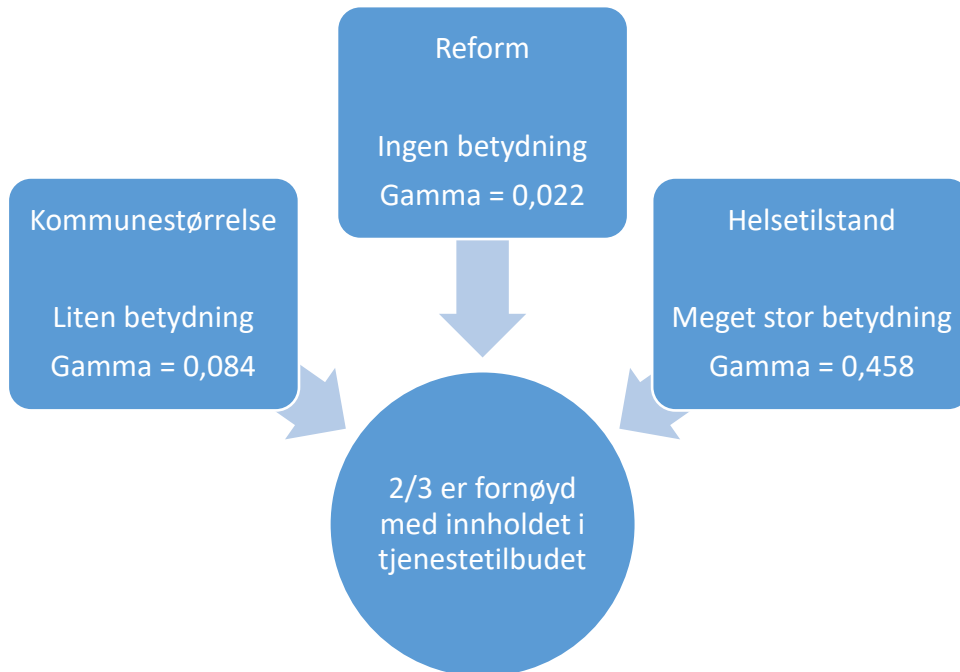
«Stort behov for færre personer å forholde seg til fra hjemmesykepleien. Umulig å få gode relasjoner når det hver morgen kommer en fremmed person. Det føles som om 100 forskjellige personer har hjulpet oss i løpet av siste 3 mnd. Kun 3 personer har tatt morgenstellet 2 eller 3 ganger. Bedre hjelp til gå-trening/oppfølging av fysioterapeut som hjemmeboende. Bedre fysisk hjelp til å komme inn/ut av hjemmet.» (nr. 172).

Vedkommende har oppgitt at innbyggertallet i sin hjemkommune er over 20.000. Svarene på de åpne spørsmålene tyder på at det foreligger mangler i innholdet i hjelpetilbudet, og særlig kan det siste sitatet tyde på at oppfølgingen synes å være lite helhetlig, på grunn av mange tjenesteytere.

5.2.1 Hovedfunn - innhold i hjelpetilbud

Hovedfunnene i de bivariante analysene som omhandlet hvor fornøyde slagrammede er med innholdet i tjenestetilbudet fordelt på kommunestørrelse, tidspunkt for slag og egen helsetilstand, fremstilles i figuren under.

Figur 3: Ulike faktorerers betydning for vurdering av innholdet i hjelpetilbudet.



Et hovedfunn er at rundt 2/3 av slagrammede er fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet, noe som er et klart bedre resultat enn funnene på informasjonsindeksen. Likevel utgjør de 25 % som er svært misfornøyd en betydelig gruppe. Kommunens ansvar for å sikre at brukere mottar tilfredsstillende helsetjenester av en viss kvalitet er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven. Innholdet i hjelpetilbudet er viktig for god rehabilitering etter et slag. Kvaliteten i de tjenestene som ytes, og å sørge for at de slagrammede får tilbud om riktig hjelp innenfor alle nødvendige områder, er viktige punkter for å bedre oppfølgingen.

Den bivariante analysen viste at kommunestørrelse hadde liten betydning for vurderingen av innholdet i hjelpetilbudet. Den multivariante analysen viste imidlertid at det er svært store forskjeller mellom små og store kommuner om man kontrollerer for helsetilstand. Blant de med dårlig helse var det hele 71 % som var svært fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet i små kommuner. Tilsvarende andeler for mellomstore og store kommuner lå på under 20 %.

Videre identifiserte den bivariante analysen av samhandlingsreformen at reformen ikke har hatt særlige effekter for slagrammedes vurdering av innholdet i hjelpetilbudet, slik denne er målt i denne undersøkelsen. Men også her synliggjorde de multivariate analysene noen interessante tendenser. Blant slagrammede i små kommuner, var de som fikk første slag før 2013 i større grad svært fornøyd med innholdet, enn de som fikk første slag i 2013 eller senere. De med god helse som fikk slag for første gang i 2013 eller senere, var mer fornøyd med innholdet enn de som fikk første slag før 2013. For slagrammede med dårlig helse var det svært små forskjeller i vurderingen av innholdet, uavhengig av om de fikk første slag før eller etter reformen.

De slagrammedes egen helsetilstand synes å ha svært stor betydning for hvor fornøyd de er med innholdet i hjelpetilbudet. De som har god helse i dag, har i stor grad svart at de er fornøyd med innholdet. Mens de som har dårlig helse, i større grad er misfornøyd med innholdet. Dette mønsteret gjelder både før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen.

De åpne svarene bekrefter at det er mange slagrammede som er fornøyd med innholdet i hjelpen de får. Samtidig rapporteres noen dårlige erfaringer med helsetjenestene i kommunen. Mange etterlyser mer hjelp, spesielt når det kommer til fysisk trening.

5.3 Samordning

Delkapittelet om samordning konsentrerer seg om hvordan respondentene har vurdert samordningen mellom de ulike helsetjenestene, både vertikalt og horisontalt. Samme mønster som er benyttet i de to foregående delkapitlene, vil også bli brukt her. Frekvensfordelingen vil kommenteres før jeg ser nærmere på samordningen satt opp mot de uavhengige variablene kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand.

I den første tabellen ser jeg på hvor fornøyd slagrammede har vært med innholdet i hjelpetilbudet i små og store kommuner.

Tabell 13: Vurdering av grad av samordning fordelt på kommunestørrelse. Prosent.

	Antall innbyggere i kommunen			Total
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Dårlig samordning	42	45	46	45
Moderat samordning	25	33	31	30
God samordning	33	22	24	25
Sum	100 % (N=48)	100 % (N=58)	100 % (N=147)	100 % (N=253)

Gamma = -0,067

Frekvensanalysen viser at nærmere halvparten av respondentene mener samordningen har vært dårlig. Ca. 1/3 vurderer samordningen som moderat, mens bare 1/4 har svart at samordningen har vært god.

Tabellen viser videre bare små forskjeller i opplevelsen av samordning, avhengig av kommunestørrelse. En svak tendens er at små kommuner kommer bedre ut enn store og mellomstore kommuner. Forskjellene er imidlertid små, noe som også bekreftes av Gamma på -0,067.

Samhandlingsreformen skulle spesielt sørge for bedre koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og enheter. Neste tabell viser om de som fikk første slag etter reformen er mer fornøyd med samordningen enn de som fikk slag for første gang før reformen.

Tabell 14: Vurdering av grad av samordning fordelt på tidspunkt for slag. Prosent.

	Tidspunkt for første slag		Total
	Før 2013	2013 eller senere	
Dårlig samordning	42	48	44
Moderat samordning	32	29	31
God samordning	27	24	25
Sum	100 % (N=151)	100 % (N=98)	100 % (N=249)

Gamma = -0,098

Tabellen viser stabilitet med en svak tendens til «forverring» av samordningen etter iverksettingen av samhandlingsreformen. Igjen er forskjellene små, noe Gamma på -0,098 også viser. Likevel er dette funnet i strid med det vi skulle forvente av en reform som spesielt har lagt vekt på kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet.

Den siste variabelen er pasientenes selvopplevde helsetilstand, og den neste tabellen sier noe om hvorvidt helsetilstanden kan ha noe å si for hvordan en scorer på samordningsindeksen.

Tabell 15: Vurdering av grad av samordning fordelt på helsetilstand. Prosent.

	Selvopplevd helsetilstand i dag			Total
	God helse	Grei helse	Dårlig helse	
Dårlig samordning	27	49	58	44
Moderat samordning	28	30	35	31
God samordning	45	21	8	25
Sum	100 % (N=71)	100 % (N=125)	100 % (N=52)	100 % (N=248)

Gamma = -0,410

Tabellen viser at 58 % av slagrammede som har dårlig helse i dag, også opplevde samordningen som dårlig. Bare 8 % av de med dårlig helse har svart at samordningen var god. I motsetning ser vi at 45 % av de med god helse i dag, har svart at samordningen var god, mens 27 % mener samordningen var dårlig. Det foreligger altså en klar samvariasjon mellom de slagrammedes helsetilstand i dag og hvordan de vurderer graden av samordning, noe Gamma = 0,0410 også gir klart uttrykk for. Dette funnet samsvarer med tilsvarende funn når det gjelder svar på spørsmål om helsetilstand.

I neste tabell ser jeg på om det foreligger forskjeller i graden av samordning, mellom små og store kommuner, når variabelen «helsetilstand» holdes konstant.

Tabell 16: Vurdering av samordning fordelt på helsetilstand og kommunestørrelse. Prosentandel som har svart «God samordning».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
God helse	50	57	40	N=71
Grei helse	26	13	22	N=125
Dårlig helse	29	0	6	N=50
	N=48	N=56	N=142	N=246

Tabellen viser at uavhengig av helsetilstand er det størst andel slagrammede som har opplevd god samordning i mellomstore kommuner, med en noe lavere andel i små

kommuner. Særlig for de med dårlig helse er det en mye større andel i små kommuner enn i mellomstore og store kommuner.

Tabellen i vedlegg 6 underbygger funnene. Tabellen viser at blant de med dårlig helse som bor i store kommuner, svarer 69 % at samordningen har vært dårlig. Blant de med dårlig helse i små kommuner er det 29 % som svarer det samme. For de med god og grei helse er det mindre forskjeller på små og store kommuner i andelen som har svart «dårlig samordning».

Neste tabell holder fortsatt variabelen «helsetilstand» konstant, og ser på om det foreligger forskjeller i den opplevde samordningen før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen.

Tabell 17: Vurdering av samordning fordelt på helsetilstand og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «God samordning».

	Tidspunkt for første slag		
	Før 2013	2013 eller senere	
God helse	41	50	N=70
Grei helse	23	19	N=121
Dårlig helse	11	4	N=51
	N=147	N=95	N=242

Tabellen viser små forskjeller i den opplevde graden av samordning før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen. For slagrammede med god helse og som fikk første slag i 2013 eller senere, var andelen høyere enn for de med god helse som fikk første slag før 2013. Hos slagrammede med grei og dårlig helse var det en liten andel flere blant de som fikk første slag før 2013, som var fornøyd med samordningen, enn blant de som fikk første slag i 2013 eller senere. Det er en svært lav andel slagrammede med dårlig helse som opplevde god samordning, enten det er snakk om før eller etter samhandlingsreformens iverksetting. Forskjellene i tabellen er små, men funnene samsvarer med tidligere funn når det kommer til helsetilstand og oppfølging av slagrammede.

Tabellen i vedlegg 7 viser tilsvarende fordeling med prosentandel som har svart at samhandlingen var dårlig. Andelen slagrammede med god helse som opplevde dårlig samordning, var 22 prosentpoeng lavere blant de som fikk første slag i 2013 eller senere.

For de med grei og dårlig helse er andelen høyere blant de som fikk første slag i 2013 eller senere. Dette tyder på at i den grad samhandlingsreformen har hatt effekt, er det ut fra vårt materiale ikke mulig å se at den har kommet de svakeste pasientene til gode.

Den siste multivariate analysen tar for seg om graden av opplevd samordning er forskjellig før og etter samhandlingsreformen, i små og store kommuner.

Tabell 18: Vurdering av samordning fordelt på kommunestørrelse og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «God samordning».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Før 2013	36	22	26	N=149
2013 eller senere	28	25	21	N=98
	N=46	N=56	N=145	N=247

Tabellen viser at det er små forskjeller mellom små og store kommuner før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen, når det gjelder andelen slagrammede som har opplevd god samordning. Både i små og store kommuner har andelen slagrammede som har svart at samordningen var god, gått ned noen prosentpoeng.

Tabellen i vedlegg 8 viser at blant de som fikk første slag i 2013 eller senere, og som bor i små kommuner, har 56 % svart at samordningen var dårlig. Det er en økning på 20 prosentpoeng i forhold til de som fikk første slag før 2013. Økningen i store kommuner for tilsvarende gruppe er på bare 4 prosentpoeng.

De bi- og multivariate analysene viser at det er en stor andel slagrammede som mener samordningen har vært dårlig. Indeksen for samordning inkluderer spørsmål om samarbeid både vertikalt og horisontalt. Neste tabell tar for seg et spørsmål som ikke er inkludert i indeksen, og ser mer konkret på den vertikale samordningen, i form av hvor mange som opplever behov for økt samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege.

Tabell 19: Andel slagrammede som har behov for bedre samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege. Prosent.

Grad av opplevd behov	Prosent
Ikke behov	45
Litt behov	14
Stort behov	41
Total	100 % (N=300)

Denne tabellen viser at 45 % av slagrammede mener det ikke er behov for bedre samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege. Over halvparten av respondentene har altså gitt uttrykk for at det er behov for bedre samarbeid mellom de to nivåene.

På spørsmålene med åpne svar har flere respondenter utdypet hvordan de har opplevd samordningen. Flere skriver nettopp om dårlige erfaringer i overgangen mellom sykehus og kommune. Blant annet skriver en respondent at det er «dårlig/manglende samarbeid sykehus/kommune og meg/familien før/ved hjemsending fra sykehuset» (nr. 153). En annen skriver:

«Ikkje besøk fra kommunen etter eg kom heim fra XXX sjukehus. Måtte sjølv kontakte lege for å få henvisning til fysikalsk behandling. Det burde være rekvirert frå sjukehuset ved utskriving frå XXX. Det gjekk derfor altfor lenge før eg fekk behandling etter utskrivinga.» (nr. 55).

En respondent forteller om en opplevelse av å bli en «kasteball» mellom de ulike instansene. Ansvarsfordelingen synes å være uklar:

«Etter utskrivelse ingen oppfølging. Sykehus sier «ta det med fastlegen» - fastlegen sier «ta det med sykehuset». fastlege innrømmet at han kunne for lite. NAV er en vits – bestiller time for det er ting som er uklart, avkl. penger ol. Sender spørsmål på forhånd. Svaret på NAV-møtet var «det må du ta med de i skranken.» (nr. 239).

Generelt synes de åpne svarene å bekrefte funnene i tabell 19, at den vertikale samordningen ikke er god nok.

Det er også respondenter som skriver om den horisontale samordningen. Blant annet skriver en at det er behov for «Samarbeid mellom etatar» (nr. 284). En annen skriver:

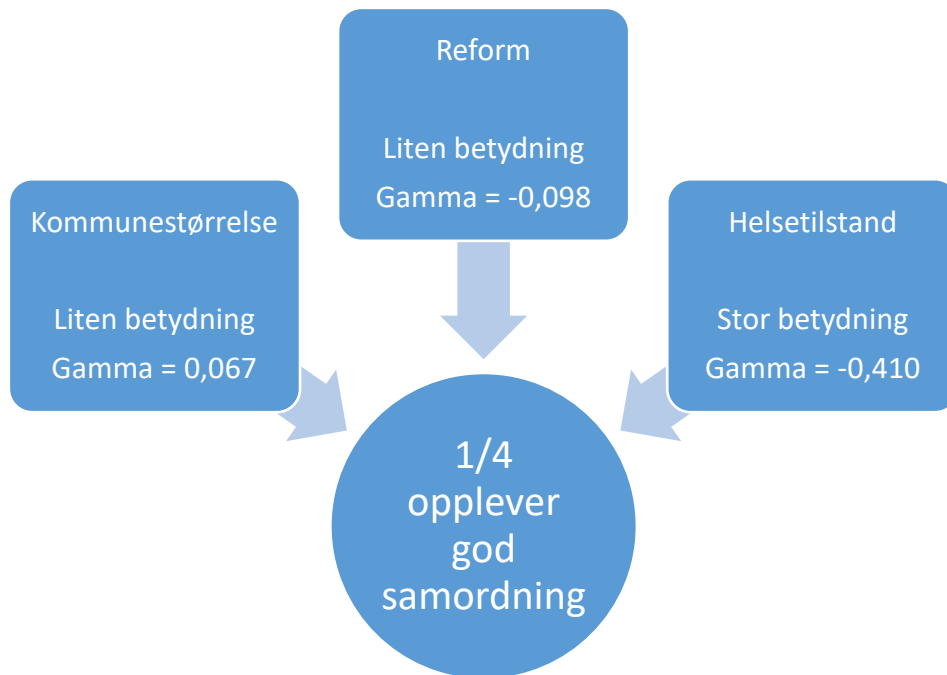
«Det har i grunnen ikke vært noen oppfølging etter slaget. Alt det som har blitt gjort av tiltak har skjedd etter påtrykk og initiativ av pårørende. Det er nærmest fraværende samarbeid mellom hjelpeinstanser og koordinator/ansvarlig kontaktperson har vært usynlig for oss i alle de 4 årene som har gått siden slaget.» (nr. 291).

Det er imidlertid ikke bare negative kommentarer til samordningen som kommer frem av de åpne svarene. Flere har fått tildelt eller organisert ulike hjelpetilbud før de ble utskrevet fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon, og er tilsynelatende fornøyd med samordningen både vertikalt og horisontalt. En respondent skriver «Ble kontaktet av fysioterapeut på sykehuset. Sykehuset ordnet plass på rehabiliteringssenter. Jeg lærte å gå på rehabiliteringssenteret. Voksenrehabilitering ordnet fastlege og fysioterapi ved utskriving, og også hjelpemidler og hjemmehjelp.» (nr. 216). En annen respondent skriver: «Når jeg ble utskrevet fra rehabiliteringssenteret hadde jeg allerede fått en logoped mens jeg ble satt på venteliste hos en fysioterapeut. Innen de to neste ukene hadde jeg fått plass hos en av fysioterapeutene i kommunen min.» (nr. 255). En tredje respondent skriver: «Da jeg kom fra XXX [spesialisert rehabilitering], fikk god hjelp fra kommunen med ergoterapi, delvis fysioterapi. Hjelp for å komme til ekstern fysioterapi.» (nr. 76). Her ser vi at de ulike instansene har samarbeidet med hverandre for å skape et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

5.3.1 Hovedfunn – samordning

Figuren under gir en enkel fremstilling av hovedfunnene i de bivariante analysene, hvor vi så på hvordan de tre uavhengige variablene kan ha betydning for graden av opplevd samordning.

Figur 3: Ulike faktorerers betydning for vurdering av samordningen.



Hovedfunnene når det gjelder samordningsindeksen er at bare 1/4 av slagrammede har opplevd den vertikale og horisontale samordningen som god, og nesten halvparten mener samordningen er dårlig. Samordning er en viktig del av det samlede oppfølgingstilbudet, og koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av nivå og sektorer er en forutsetning for en helhetlig og sømløs oppfølging.

Variabelen kommunestørrelse synes å ha liten betydning for de slagrammedes vurdering av samordningen, ifølge den bivariante analysen. I den multivariate analysen, som også inkluderte variabelen helsetilstand, viste svarene at samordningen oppleves bedre i små kommuner, særlig for slagrammede med dårlig helse. En annen multivariat analyse satte samordningen opp mot tidspunkt for slag og kommunestørrelse. Også her var det størst andel slagrammede som var fornøyd med samordningen i de små kommunene, både før og etter reformen. Kommunestørrelse synes derfor å ha større betydning for samordningen enn det den bivariante analysen først viste.

Videre så vi at variabelen «tidspunkt for slag» hadde liten betydning. Det var små forskjeller mellom slagrammede som fikk første slag før 2013, og slagrammede som fikk første slag i 2013 eller senere. De forskjellene som forelå, pekte i retning av at samordningen opplevdes

bedre for slagrammede som fikk slag for første gang før samhandlingsreformen ble iverksatt. Multivariate analyser underbygger dette, og viser blant slagrammede med dårlig helse var andelen som mente samordningen var god, høyere for de som fikk første slag før 2013.

De slagrammedes helsetilstand har stor betydning for hvordan de opplever samordningen. Den bivariante analysen viste at de med dårlig helse i stor grad hadde opplevd dårlig samordning, mens de med god helse i større grad svarte at samordningen var god. De multivariate analysene viste at dette også gjaldt uavhengig av tidspunkt for slag og kommunestørrelse.

En tabell som tok for seg et spørsmål fra undersøkelsen som ikke var inkludert i indeksen, viste at over halvparten av slagrammede mener det er behov for bedre samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege.

Manglene ved samordningen oppleves både vertikalt og horisontalt, noe som også ble bekreftet av de åpne svarene.

5.4 Oppsummering

Totalt sett tegners et negativt bilde av den samlede oppfølgingen av slagrammede. Resultatene av for de tre indeksene viser at det er særlig når det kommer til informasjon om og samordning av tjenestene, at oppfølgingen ikke er tilfredsstillende. Det uavhengige faktorene kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand synes alle tre å ha betydning for oppfølgingen, men av ulik grad. Særlig betydning synes de slagrammedes selvopplevde helsetilstand å ha, og for alle tre deler av den totale oppfølgingen virker tilbudet å være best for de med god helse, mens de med dårlig helse i langt mindre får sine behov tilfredsstilt. Samhandlingsreformen synes å ha hatt mindre virkning enn det en kunne forvente. Den eneste positive endringen som fanges opp i vårt design, gjelder informasjonstilbudet. Kommunestørrelse synes ved første blick å ha liten betydning, men ved grundigere undersøkelser i form av multivariate analyser er tendensen at oppfølgingen er best i små kommuner.

I neste kapittel vil funnene diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket som ble presentert i forrige kapittel. Diskusjonen kan gi mulige forklaringer på oppfølgingen.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil funnene fra analysen knyttes opp til oppgavens teoretiske rammeverk. Kapitlet blir delt inn i tre delkapitler som sammenfaller med de tre uavhengige variablene fra modellen som ble presentert innledningsvis i oppgaven: kommunestørrelse, samhandlingsreform og helsetilstand.

6.1 Kommunestørrelse

Den pågående kommunereformen skal sørge for at kommunene blir bedre rustet til å møte stadig mer krevende utfordringer, særlig i helsesektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Analysene pekte i retning av at i den grad det foreligger forskjeller i oppfølgingen av slagrammede i små og store kommuner, er det i de små kommunene at oppfølgingen blir vurdert som best. Informasjonsindeksen viser små forskjeller mellom små og store kommuner. Når det gjelder innholdet i hjelpetilbudet og samordningen, oppleves innholdet bedre av en større andel i små kommuner enn i store, særlig gjelder det slagrammede med dårlig helse. Det er med andre ord lite støtte i kommunereformens hovedargumenter om at større kommuner vil gi bedre tjenestetilbud.

Graden av informasjon slagrammede mottar, synes å være relativt lik uavhengig av kommunestørrelse. Disse funnene er basert på analyse av en indeks som kombinerer variabler som tar for seg informasjon både fra sykehuset og fra kommunene. En mulig årsak til de små forskjellene mellom kommunene, kan derfor tenkes å foreligge fordi en del av informasjonen blir gitt allerede på sykehuset. Analysen viste at bare 1/3 var fornøyd med informasjonen. Dette kan videre tyde på at kommunene kanskje svikter generelt i denne delen av oppfølgingen, uavhengig av størrelse, og at de må dele ansvaret med sykehusene.

De forskjellene som foreligger mellom små og store kommuner når det kommer til innholdet i hjelpetilbudet, kan ha flere årsaker. Gjerde (2012) skriver at økt nærhet mellom brukere og tjenester kan bidra til at tjenestene blir mer tilpasset den enkelte brukers behov. Gjerde drøftet dette i forbindelse med innføringen av resultatenhetsmodellen, men det antas at argumentene om nærhet også vil gjelde mer generelt. At de slagrammede i små kommuner i større grad er fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet enn det slagrammede i store

kommuner er, kan derfor tenkes å være et resultat av at det i små kommuner lettere kan tilrettelegges for slik nærhet.

I små kommuner har mange av innbyggerne personlige forhold til hverandre, eller de har i det minste kjennskap til hverandre. Det antas også at hjelpetjenestene i små kommuner har relativt få ansatte, i forhold til store kommuner. Dette kan gjøre at brukerne har et visst forhold til tjenesteyterne allerede før de har behov for hjelp, og det kan tenkes at dette kan bidra til at slagrammede synes det er lettere å påvirke innholdet i hjelpetilbudet selv. Brukermedvirkning er imidlertid avhengig av at man har nok informasjon til å kunne diskutere innholdet i eget hjelpetilbud (Helsenorge, 2018). Det kan likevel tenkes at det er lettere å uttrykke behov for hjelp og endringer til noen man har kjennskap til, enn til en «fremmed». Færre å forholde seg til for både for tjenesteyterne og pasientene kan også legge opp til større kontinuitet i oppfølgingen, og gjøre det lettere å tilpasse innholdet i hjelpetilbudet fortløpende.

I store kommuner antas det at det vil være vanskeligere å legge til rette for slik nærhet mellom bruker og tjenesteyter. Blant annet kan det tenkes at det blir vanskelig å vite hvem man egentlig skal forholde seg til, og hvem man skal henvende seg til for å eventuelle endringer. En respondent som bor i en stor kommune uttrykte i de åpne svarene en klar misnøye med innholdet i tjenestetilbudet på grunn av alt for mange ulike tjenesteytere innenfor samme helsetjeneste. Det ser altså ut som at mange å forholde seg til gir en følelse av manglende kontinuitet i oppfølgingstilbudet.

Også når det gjelder samordning, kommer de små kommunene best ut. Begreper om koordinering og samarbeid på tvers av tjenester er faktorer som kan være spesielt aktuelle å diskutere her. Koordinering synes å være viktig i forbindelse med å skape helhetlige tilbud til brukerne (Andreassen, 2014). Mintzberg skriver om at koordinering av tjenester i forvaltningen kan skje gjennom direkte kontakt og uformell kommunikasjon, og gjennom direkte ledelse og veiledning. Felles for disse formene for koordinering er at de forutsetter en viss grad av nærhet (Ibid.). Som diskutert tidligere synes det som at forutsetningene for nærhet både mellom bruker og tjenesteyter, og internt i de ulike helsetjenestene, kan være lettere å få til i små kommuner. De formene for koordinering som Mintzberg nevner, kan derfor tenkes å ha bedre grunnleggende forutsetninger for å lykkes i små kommuner.

Som nevnt tidligere i diskusjonen antas det at små kommuner har et mindre tjenesteapparat enn store kommuner. Færre ansatte/kollegaer å forholde seg til kan tenkes å bidra til at nærheten mellom disse forsterkes, også på tvers av de organisatoriske grensene. I små kommuner er det ofte få ansatte innenfor profesjoner som fysio- og ergoterapi. Dette kan være med på å gi større behov for team på tvers av de organisatoriske grensene, som ifølge Andreassen (2014) kan være en god metode for bedre koordinering. Får man til slik koordinering, kan det igjen være med på å skape en fellesskapsfølelse, som kan være med på å motivere tjenesteyterne til å bidra ut over sin egen virksomhet. Dette vil igjen kunne gi mer helhetlige tjenester for brukerne. Det synes altså som at forutsetningene for samarbeid og koordinering på tvers av tjeneste også er lagt bedre til rette for i små kommuner.

Et mindre tjenesteapparat kan altså tenkes å gjøre helsetjenesten mer samlet. Færre brukere i små kommuner kan også antas å gjøre det lettere å ha oversikt over brukerne og deres behov, og koordinere tjenestene deretter. Fragmentering av tjenestene nevnes også som en mulig årsak til at koordineringen kan være dårlig (Gjerde, 2012, Andreassen, 2014). En større helsetjeneste kan tenkes å ha større preg av å være fragmentert, uavhengig av om de er organisert etter resultatenhetsmodellen. Problemer med å koordinere tjenestene kan føre til at de slagrammede opplever at oppfølgingen blir usammenhengende. Dette kan altså bidra til at de slagrammede i større grad opplever dårlig samordning i de store kommunene enn de små.

Mintzberg og Glouberman nevner spesielt at egne koordinerende roller kan være en metode for å skape bedre koordinering mellom helsetjenestene (Andreassen, 2014). For store kommuner som er preget av en stor helsesektor kan det tenkes at slike koordinerende roller kan bidra til økt samarbeid på tvers av tjenestene, noe som igjen vil gi positive virkninger i form av mer helhetlige pasientforløp.

De forskjellene som kommer frem av analysen, tyder altså på at små kommuner gir bedre oppfølging av slagrammede. Materialet i denne studien gir ikke grunnlag for å forklare hvorfor det er slik, men gjennom diskusjonen har jeg avdekket at nærhet mellom bruker og tjeneste(yter) synes å være viktig for oppfølgingen, og videre at forutsetningene for å få til slik nærhet kan være best for de små kommunene. Mindre forhold kan også se ut til å spille en rolle for hvordan samarbeidet på tvers av de organisatoriske grensene er, og hvor god

koordineringen er. Det er imidlertid viktig å minne om at studien har et begrenset omfang. For noen analyser kan derfor få respondenter utgjøre relativt store utslag på resultatene.

Jeg vil videre se nærmere på årsaker til hvorfor oppfølgingstilbudet til slagrammede ikke har synes å ha hatt de forventede endringene etter samhandlingsreformen. Dette knyttes til iverksettingsteori og hvordan problemer med iverksettingen kan ha bidratt til de manglende resultatene.

6.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen skulle sørge for bedre og mer koordinerte tjenester for brukerne, og særlig pasienter med kroniske sykdommer ville få bedre oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen ble utformet sentralt, mens iverksettingen skulle foregå lokalt – ved sykehusene og i særlig grad i kommunene.

I mitt undersøkelsesdesign er tidspunkt for første slag brukt som en indikator på om de som fikk slag før iverksetting av samhandlingsreformen har andre vurderinger enn de som fikk slag etter at reformen var iverksatt. Denne målingen er beheftet med flere svakheter (se metodekapittel), men må likevel antas å kunne si noe om hvorvidt reformens intensjoner om mer helhetlig pasientomsorg er realisert. Forventningene var altså at samhandlingen generelt ble bedre etter reformen, og at slagpasienter etter 2013 spesielt ville oppleve en endring når det gjaldt samordning og koordinering.

Analysene viste at reformen, i den grad den har hatt betydning, først og fremst har gitt utslag på informasjonsindeksen. Blant de som fikk første slag etter reformen, er det flere som oppgir at de har fått god informasjon, og færre som oppgir at de har fått ingen eller mangelfull informasjon, enn blant de som fikk første slag før reformen. Også helsetilstanden synes å ha betydning her. Slagpasienter med god helse, som fikk slag for første gang etter reformen, er mer fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet enn slagpasienter med dårlig helse som fikk første slag før reformen. Motsatt så vi at slagpasienter med dårlig helse som fikk første slag før reformen, er mer fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet, enn slagpasienter med dårlig helse som fikk første slag etter reformen. Den samme tendensen ser vi for samordningsindeksen. Samhandlingsreformen synes altså å ha hatt en viss virkning når det kommer til informasjonen de slagrammede har fått. Funnene når midlertid ikke helt opp til

forventningene, og det er fortsatt en lang vei å gå før alle slagrammede får god nok informasjon. Når det kommer til bedre innhold i tjenestene, og bedre samordning, finner vi en svak tendens til bedre resultater etter 2013 for de med god helse.

Iverksettingsteori kan benyttes til å belyse hvorfor bare deler av samhandlingsreformens mål er nådd, når det gjelder bedringer i oppfølgingstilbudet til slagrammede som pasientgruppe. Det kan tenkes at måten reformen ble iverksatt på, kan ha hatt betydning for hvor godt den har fungert.

Ut fra den klassiske ovenfra-og-ned-tilnærmingen til iverksetting, ser man på om organisasjonspraksisen samsvarer med målsettingene. Perspektivet ser på tre forhold som kan forklare problemer med iverksettingen og manglende måloppnåelse (Offerdal, 2014).

Det første forholdet går ut på at målene ikke er konkrete og klare (Offerdal, 2014). Målene for samhandlingsreformen kan oppfattes som relativt vide og omfattende. Reformens målsetninger er mange, noe som kan antas å være et resultat av forhandlinger og kompromisser. Mange mål i seg selv kan også gjøre at målsetningene oppleves uklare (Ibid.). I tillegg legger lovene som ble innført med reformen opp til utstrakt skjønnsbruk. Disse faktorene kan ha vært med på å gjøre at iverksettingen av reformen har variert i de ulike kommunene, fordi de åpner for lokale tolkninger. Dette kan dermed også tenkes å ha ført til variasjoner i selve tjenestetilbudet fra kommunene. Særlig når det gjelder innhold i hjelpetilbud, og også samordning, kan det derfor tenkes at problemer med iverksettingen ut fra dette forholdet kan ha bidratt til at de slagrammede i liten grad opplever bedring i oppfølgingen,

Det andre forholdet som kan gi problemer med iverksettingen, er mangelen på klare autoritetsstrukturer (Offerdal, 2014). Samhandlingsreformen ble planlagt sentralt, og iverksatt lokalt, noe som kan tenkes å ha gitt uklare autoritetsstrukturer. De statlige helseforetakene og kommunene ble imidlertid pålagt å inngå samarbeidsavtaler, som nettopp skulle sørge for å klargjøre fordelingen av ansvar og oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samarbeidsavtalene antas derfor å ha bidratt til å skape klare vertikale autoritetsstrukturer, men vi vet lite om hvordan avtalene fungerer i praksis. Blant de som fikk første slag etter 2013 synes det særlig å være problemer i overgangen mellom

sykehus og kommune. Uklare roller i denne overgangen kan skape en opplevelse av manglende samordning, noe analysene også viser tendenser til.

Når iverksettingen skal skje lokalt, er det også nødvendig å delegerer myndighet nedover i hierarkiet (Offerdal, 2014). Formelle autoritetsstrukturer synes å være relativt klare også i de lavere leddene i forvaltningen. Helsetjenestene legger som nevnt opp til skjønnsbruk i mange tilfeller, og dette er noe som kan rokke ved den faktiske autoritetsstrukturen. Hver enkelt yter av helsetjenester må ta avgjørelser på egenhånd, når det kommer til behandling og hjelp, og uformelle autoritetsstrukturer kan dermed oppstå. I lys av funnene i analysen, kan denne faktoren særlig tenkes å ha hatt betydning for at den opplevde samordningen ikke synes å ha blitt bedre for slagpasienter som ble rammet i etterkant av reformen.

Det tredje og siste forholdet som kan skape problemer for iverksettingen ut fra dette perspektivet, er at det etableres motstand fra lokale iverksettere, eller at iverksettingsprosessene i seg selv er trege (Offerdal, 2014). Implementering av endringer kan være vanskelig dersom iverksetterne ikke får bidra i planleggingsprosessen (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Samhandlingsreformen er svært omfattende, og det kan tenkes at implementeringen særlig i de store kommunene har ført til økt press på grunn av omleggingen. Det kan derfor tenkes at motstand mot endringene har ført til dårlig iverksetting, og derfor manglende mål. Når det gjelder treg implementering, kan dette knyttes opp til at samhandlingsreformen bærer preg av å være en retningsreform, og at mange av målene er langsiktige. Fordi vi i analysen bare skiller ved før og etter 2013, er det vanskelig å si noe om hvorvidt det foreligger endringer i nyere tid som kan gi bedre svar på om reformen har hatt betydelig virkning. Analysen legger imidlertid opp til at de faktiske virkningene av reformen i form av bedre tjenester og mer samordning, synes å utebli for de slagrammede.

Ut fra ovenfra-og-ned-tilnærmingen har vi altså sett at problemer med iverksettingen, særlig knyttet til uklare mål og uklare autoritetsstrukturer, kan gi en forklaring på hvorfor samhandlingsreformen ikke har nådd målene med bedre tjenestetilbud og samordning for slagrammede. Samtidig må det legges til at helse- og sosialtjenestene representerer stor kompleksitet og der kravene til å sikre samordning, kan være vanskelig å innfri.

Nedenfra-og-opp-tilnærmingen ser i større grad på at konteksten for iverksettingen, har noe å si for hvordan den faktisk blir. Ifølge denne tilnærmingen vil det alltid foreligge lokale forskjeller. Tjenestene får innholdet nedenfra, noe som kan føre til problemer med iverksettingen (Offerdal, 2014). Samhandlingsreformen ga kommunene et visst handlingsrom for selve utformingen av tjenestene, og som nevnt legger også lovverket opp til utstrakt skjønnsbruk. Disse faktorene kan tenkes å ha ført til lokale forskjeller i iverksettingen, og ha betydning for at innholdet i hjelpetilbudet i liten grad ser ut til å ha bedret seg etter reformen.

Problemene med manglende måloppnåelse for samhandlingsreformen, spesielt når det kommer til bedring i tjenestetilbud og samordning, kan altså forklares av problemer med iverksettingen. Begge perspektiver kan være med på å redegjøre for lokale forskjeller i iverksettingen, som indirekte kan ha bidratt til at målene ikke er nådd.

Iverksettingen av samhandlingsreformen, og dens manglende resultater, kan også ses i lys av Matlands (1995) modell. Vi må da vurdere i hvilken grad uklarhet og konflikt kommer til uttrykk for iverksettelse av reformen. Slagrammedes opplevelse av manglende informasjon, dårlig innhold i tjenestetilbudene og manglende samordning, kan ses på som et uttrykk for at vedtak og prosedyrer, ikke er i samsvar med behovene slagrammede har. Det kan se ut til at mange slagrammede føler at deres behov for rehabilitering ikke blir nådd gjennom de tilbudene kommunen yter. Dette kan føre til høyt konfliktnivå mellom brukere og tjenesteytere, fordi brukerne får noe annet enn de det ønsker og har behov for. Det kan videre føre til høyt konfliktnivå mellom tjenesteyterne og deres ledere, fordi tjenesteyterne ser og forstår behovene til brukerne, men må følge lederens retningslinjer. Tidligere i oppgaven så vi også at reformens målsetninger kunne vurderes som uklare. Iverksetting av reformer med høyt konfliktnivå og høy grad av uklarhet, kan plasseres inn i Matlands (1995) boks for «symbolsk iverksetting». Til tross for store forventninger er resultatene fra iverksettingen av reformen i stor grad fraværende, og reformen synes å være «symbolsk» utad, med få reelle endringer innad. I symbolsk iverksetting vil profesjonene spille en stor rolle, og gode resultater avhenger av koalisjonsbygging på lokalt nivå. Særlig i små kommuner kan denne koalisjonsbyggingen se ut til å være utilstrekkelig, da slagrammede vurderer oppfølgingen bedre før reformen enn etter, i små kommuner

Slagrammede er en pasientgruppe som i stor grad har kroniske lidelser, og i forbindelse med samhandlingsreformen ble disse spesielt lovet bedre oppfølging. Funn i analysen viser at slik bedring ikke i særlig grad har skjedd for slagrammede. Diskusjonen viser at problemer med iverksettingen kan ha hatt betydning for at reformen ikke har nådd sine mål. I det videre vil jeg se nærmere på hvordan forskjellene i opplevelse av oppfølgingen av slagrammede kan begrunnes med terskelteori.

6.3 Helsetilstand

Slagrammede er en gruppe brukere som ofte har langvarige og sammensatte behov for hjelp. Analysene av hvordan den uavhengige variabelen helsetilstand påvirker de slagrammedes vurdering av oppfølgingen, viste at helsetilstanden har stor betydning for hvordan de vurderer informasjon, innhold i hjelpetilbud og samordning. Dette kan knyttes til terskelteori og påstander om at de som har mest behov får minst, og omvendt. Sentralt i terskelteorien er antakelsen om at klientinitiativ og at de som trenger hjelp må forsere flere hindringer før en kan få goder/hjelpetilbud (Jacobsen et. al., 1982).

Å få god informasjon til riktig tid, både om sykdom, prognoser og videre hjelp, burde være et minimumskrav for alle brukere. Analysene viste at bare 1/3 av slagrammede opplever å ha fått god informasjon. Av de med dårlig helse, var det bare 17 % som svarte at de hadde fått god informasjon. Nesten halvparten av slagrammede med god helse, oppga at de fikk god informasjon. Tallene stemmer god overens med terskelteoriens hypotese om at de som trenger det mest, får minst.

Mangelen på informasjon kan knyttes til registreringsterskelen. Det kan godt være at de slagrammede som har svart at de har fått mangelfull eller ingen informasjon, har mottatt rikelig med informasjon fra sykehuset, men informasjonen kan ha blitt gitt på et tidspunkt hvor de slagrammede ikke var kapable til å ta innover seg denne informasjonen. Det kan selvfølgelig også være at de har fått lite eller ingen informasjon i utgangspunktet. Men særlig i de åpne svarene finner vi at flere synes det var vanskelig å få med seg den informasjonen som ble gitt på sykehuset, og ved utskrivelse. Flere ønsker også møter eller mer informasjon i etterkant. De åpne svarene viser også at enkelte selv har måttet ta initiativ for å få nødvendig informasjon. Uansett hva som er årsaken til at informasjonen oppleves dårlig, kan det å samle krefter for å i det hele tatt melde behov for mer informasjon, være vanskelig

for den aktuelle pasientgruppen (Jacobsen et. al., 1982). Ved opphold på sykehus og ved utskrivelse er de gjerne omtåkede og forvirrede, og bruker mye krefter bare på å holde hodet over vannet. Å skulle mobilisere ekstra krefter for å melde sine behov, kan dermed være vanskelig.

Når det gjelder tiltak for å redusere høyden på registreringsterskelen, kan en strategi være oppsøkende virksomhet (Jacobsen et. al., 1982). En slik strategi har støtte i de åpne svarene. Flere skriver at de ønsker et oppsøkende apparat, som kan forstå deres behov og legge til rette for riktig hjelp. For helsesektoren vil oppsøkende virksomhet kreve ressurser både i selve informasjonsarbeidet, men trolig også ved at flere behov identifiseres og utløser hjelpetilbud. Samtidig vil en her stå ovenfor et verdivalg knyttet til om en skal legge til rette for at hjelp blir tilgjengelig for de som trenger det mest, eller nøye seg med å ivareta de som har ressurser og initiativ til å skaffe seg nødvendig informasjon (Ibid.).

Å gi slagrammede og pårørende nødvendig informasjon, og sørge for at informasjonen når fram, er noe som er spesielt viktig i forbindelse med utskrivelse fra sykehuset. Det kan også tenkes at å synliggjøre hjelpetjenestene og gjøre slagrammede klar over at det finnes tjenester som kan dekke deres behov for hjelp, er noe som kan gjøres for eksempel ved å sende informasjon i posten eller på mail. De kommunale helsetjenestene må også gjøre seg synlige i miljøet til slagrammede, for eksempel gjennom brosjyrer på legekontor. Dette kan gjøre de slagrammede mer kapable til å selv komme seg forbi registreringsterskelen.

Analysene viste også en klar samvariasjon mellom hvor god helsetilstand slagrammede har, og hvor fornøyde de er med innholdet i hjelpetilbudet. De som har god helse er i stor grad godt fornøyd med innholdet, mens de med dårlig helse er misfornøyd. For å i det hele tatt kunne motta et slikt hjelpetilbud, er det mange slagrammede som på egenhånd må passere registreringsterskelen. Det er også mulig å få hjelp til å passere denne terskelen for eksempel fra fastlege eller en koordinator, som skal legge opp løpet etter utskriving fra sykehuset.

Kompetanseterskelen krever at brukerne forstår sine rettigheter, og formulerer sine behov og problemer på en måte som gjør at de kan løses (Jacobsen et. al., 1982). Funnene fra analysen kan dermed knyttes til at det er lettere å tilpasse innholdet i helsetjenestene til de som har god helse. En mulig forklaring på dette kan være at de i utgangspunktet trolig har mer begrensede behov for hjelp, i tillegg til at det kan være lettere for dem å utdype de

behovene de har. En annen forklaring kan være at de ved å passere den første terskelen og tilegne seg nødvendig informasjon, i større grad klarer benytte seg av mulighetene for brukermedvirkning (Helsenorge, 2018). Dersom man ikke greier å passere den første terskelen på egenhånd, og heller ikke har fått tilstrekkelig informasjon fra myndighetenes side, kan det være vanskelig å benytte seg av mulighetene for brukermedvirkning. Manglende evner til å uttrykke seg, slik mange slagrammede har problemer med, og det å forstå lover og retningslinjer, kan også oppleves vanskelig for slagrammede. For slagrammede med dårlig helse kan det tenkes at denne terskelen oppleves som spesielt høy. Slagrammede og andre brukere som evner å uttrykke seg på en klar og forståelig måte vil dermed kunne havne lengre frem i køen for tildeling av helsetjenester.

Det at slagrammede med dårlig helse er mindre fornøyd med innholdet i helsetjenestene, kan også knyttes til effektivitetsterskelen. Slagrammede med dårlig helse har sannsynligvis mange og langvarige behov for ulike helsetjenester. Slike pasientgrupper sammenfaller ikke med ønsker om problemer som kan løses enkelt og effektivt. Fordelingspolitikk kan bidra til at pasienter med mange og langvarige behov, som slagrammede, kan få redusert tildeling av tjenester, eller i verste fall avvisning (Jacobsen et. al., 1982). Som vi så av svarene på de åpne spørsmålene er det i mange tilfeller ønske om *mer* hjelp, for eksempel etterspørres hjemmehjelp og fysioterapi i større grad. De slagrammede med dårligst helse kan ha relativt små sjanser for å komme tilbake til arbeidslivet, og det kan tenkes at helsesektoren fordeler tjenestene slik at de som kan møte effektivitetskravene og også bidra til samfunnet, i større grad får tilfredsstilt sine behov.

De multivariate analysene viste også at slagrammede som bor i små kommuner, og som har dårlig helse, i mye større grad er fornøyd med innholdet i hjelpetilbudet enn slagrammede med dårlig helse i mellomstore og store kommuner. Analysene gir ikke noe konkret svar på hvorfor det er slik, men det kan tenkes at både effektivitets- og kompetanseterskelen er «lavere» i små kommuner enn i større. Små miljø hvor de fleste kjenner hverandre kan kanskje bidra til at man i større grad tør å ta kontakt, eller også at andre tar kontakt med de slagrammede fordi de ser at de har behov for hjelp. Nærere forhold synes å kunne bidra til å bygge ned tersklene.

Når det gjelder de slagrammedes vurdering av samordningen, oppleves den generelt som dårlig. Vi ser også at opplevelsen samvarierer med helsetilstanden. De med dårlig helse, med

antatt størst behov for samordning, opplever den dårligste samordningen. Manglende samordning kan knyttes til effektivitetsterskelen. Slagrammede har gjerne behov for tjenester fra flere sektorer, både på statlig og kommunalt nivå. Særlig de med dårlig helse har behov for at tjenestene er koordinerte og samarbeider med hverandre, da de gjerne har lite energi og ressurser til overs for å drive med slik koordinering selv. Nettopp på grunn av mange og sammensatte behov kan samordningen for disse brukerne bli nedprioritert, da det synes å være ineffektivt (Jacobsen et. al., 1982).

Også når det gjelder samordning, viser de multivariate analysene tendenser til at slagrammede som bor i små kommuner og har dårlig helse, er mer fornøyd enn slagrammede som bor i store kommuner og har dårlig helse. Årsakene til dette kan være mange, men det kan tenkes størrelse i seg selv er en avgjørende faktor. Det kan være lettere for tjenesteyterne i små kommuner å ha oversikt over pasientene, og dette kan bidra til at de ikke blir «glemt». Dette kan knyttes både til registreringsterskelen og kompetanseterskelen, og det kan også her tenkes at tersklene er «lavere» enn i større kommuner.

Diskusjonen rundt hvordan de slagrammedes helsetilstand kan ha noe å si for oppfølgingen, viser altså at slagrammede som har dårlig helse, synes å ha de dårligste utgangspunktene for å passere tersklene. Dette vil igjen kunne gi utslag i en opplevelse av dårligere oppfølging.

7.0 Avslutning og konklusjon

Problemstillingen ble presentert i innledningen:

I hvilken grad har kommunestørrelse, samhandlingsreformen og egen helsetilstand betydning for hvor fornøyde slagpasienter er med oppfølgingen når det gjelder informasjon, hjelpetilbud og samordning?

Gjennom å konstruere indekser for de tre avhengige variablene informasjon, innhold i hjelpetilbud og samordning, har jeg fått et overblikk over hvordan oppfølgingen oppleves. Bi- og multivariate analyser ble gjort, hvor disse tre variablene ble satt opp mot de uavhengige variablene kommunestørrelse, samhandlingsreform og egen helsetilstand, for å se om disse faktorene kan ha hatt betydning for hvordan de slagrammede vurderer de ulike delene av oppfølgingen.

Funnene i analysen viser, basert på slagrammedes egne vurderinger, store mangler i den totale oppfølgingen. Kommunestørrelse synes å ha hatt liten betydning for oppfølgingen, og det samme gjelder samhandlingsreformen. Egen helsetilstand var den variabelen som ga utslag når det gjelder hvordan slagrammede vurderer oppfølgingen de har fått.

Kommunestørrelse synes i liten grad å ha hatt betydning for slagrammedes oppfølging. De forskjellene som foreligger, synes å peke på at oppfølgingen er bedre i de små kommunene. Dette samsvarer ikke med kommunereformens mål som sier at større kommuner vil være bedre rustet til å yte tjenester i helsesektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Diskusjonen presenterte forutsetninger om nærhet som særlig viktig, både for tjenestetilbudet og samordningen. I spørsmålet hvor de slagrammede oppgir størrelsen på sin hjemkommune, var ikke svaralternativene optimalt utformet for å kunne deles inn i små, mellomstore og store kommuner. Særlig synes spranget å være stort i de mellomstore kommunene, hvor innbyggertallet kan variere mellom 7.000 og 20.000. Forskjellene er svært store. Men oppgaven konsentrerer seg i stor grad om det som kalles små og store kommuner, så til en viss grad synes konklusjonen om at oppfølgingen synes å være noe bedre i små kommuner, å stå sterkt.

De slagrammedes helsetilstand synes å ha stor betydning for hvordan de vurderer oppfølgingen, og diskusjonen legger opp til at de med god helse synes å ha bedre forutsetninger for å få god oppfølging. Resultatene er slik preget av Matteus-effekten – de som trenger det mest, får minst. Variabelen helsetilstand kan imidlertid ha vært litt vanskelig for de slagrammede å forholde seg til. For noen kan det å ha «god helse» bety at man er like frisk som før slaget, mens andre kan forstå «god helse» som relativ i forhold til hvordan helsetilstanden etter slaget var. Samvariasjonene er imidlertid så sterke at jeg mener det er godt grunnlag for å konkludere med at slagrammedes helsetilstand er av stor betydning for hvordan de vurderer oppfølgingen.

Analysen og diskusjonen av samhandlingsreformen gir ingen støtte til at reformen ikke har hatt ønskede virkninger for oppfølgingen av slagrammede. Informasjonen synes å ha blitt noe bedre, mens innholdet i hjelpetilbudet og samordningen ikke så ut til å ha endret seg i særlig grad. I etterkant av konstruksjon av indekser og analyse, ble det reflektert over at undersøkelsen egentlig ikke ga svar på om de slagrammede har opplevd konkrete endringer over tid. Når vi ser på resultatene knyttet til analyse av samhandlingsreformen, viser disse bare forskjeller i hvordan de som fikk slag for første gang før og etter reformen vurderer oppfølgingen. Optimalt sett skulle undersøkelsen gitt informasjon om hvorvidt de som fikk slag før iverksettingen av reformen opplevde endringer i oppfølgingen, da særlig i form av bedre tjenester og bedre samordning. Spørreskjemaet oppgaven bygger på er en tverrsnittundersøkelse, som i utgangspunktet ikke er den beste metoden for å fange opp endringer over tid. Konklusjonene rundt at samhandlingsreformen i liten grad har ført til endringer i oppfølgingen av slagrammede, må derfor brukes med forsiktighet. Men resultatene fra undersøkelsen viser uansett til at oppfølgingen av slagrammede som fikk første slag etter 2013 har store mangler på flere områder, og således kan vi si at målene til samhandlingsreformen som omhandlet en stor bedring av oppfølgingen, spesielt med tanke på helhetlige tilbud, av pasienter med kroniske lidelser, på langt nær er nådd når det kommer til slagrammede. Det er bare én av fire slagrammede som opplever god samordning etter 2013.

En overordnet konklusjon for oppgaven er at fra de slagrammedes perspektiv, er at oppfølgingen er preget av store mangler. Dette gjelder alle deler av oppfølgingstilbudet, men kommer aller sterkest til uttrykk når det gjelder informasjon og samordning. Det viktigste funnes i oppgaven synes å være at slagrammede med dårlig helse opplever bedre og mer

helhetlig oppfølging i små kommuner, og at samhandlingsreformen i liten grad synes å ha bidratt til forbedringer. Bedre oppfølging av slagrammede med dårlig helse i små kommuner må derfor antas å være et resultat av andre faktorer.

7.1 Videre forskning

Prosjektet tar utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse, selv om åpne spørsmål bidrar til innslag av kvalitative data. Både kvantitative og kvalitative metoder kan brukes i videre forskning på temaet. Særlig interessant kunne det være å gjøre en større kvantitativ undersøkelse, som i større grad får frem hvilke endringer som har skjedd over tid, da særlig i forbindelse med samhandlingsreformen. Det ville også være interessant å se nærmere på hvorfor slagrammede med dårlig helse i små kommuner opplever bedre oppfølging enn slagrammede med dårlig helse i store kommuner gjør.

Å beholde brukerperspektivet vil være viktig i fremtidige undersøkelser for å få frem hvor og hvorfor de konkrete problemene foreligger, sett fra brukernes ståsted. Å kombinere brukerperspektiv med å samle inn informasjon fra de ulike helsetjenestene vil også være interessant. En slik kombinasjon kan gi mer helhetlig forståelse for hvor og hvorfor problemer i oppfølgingen oppstår, og hvordan man kan gå fram for å løse bedre situasjonen. Slike undersøkelser vil kanskje særlig dra nytte av å være kvalitative, med muligheten til å utforske koblingen mellom individuelle erfaringer og kontekstuelle forhold.

Referanser

Andreassen, T. A. (2014) Å overbygge organisatoriske velferdsgrenser. I Vabø, M. og Vabo, S. I.s *Velferdens organisering*. (Red.) (s. 122-137) Oslo: Universitetsforlaget

Barra, M., Evensen, G. S. H., og Valeberg, B. T. (2016) *Cues and clues predicting prescense of symptoms of depression in stroke survivors*. *Journal of Clinical Nursing*, 26, s. 546-556.

Elling, I., Welhaven, I. L., Mathisen, T. S. og Skar, T. (2014) Hjerneslag. Hentet fra <https://www.lhl.no/hjertesykdom/hjerneslag>

FHI (2012) Spørreskjema og definisjoner i ungdomsundersøkelsene. Hentet fra <https://www.fhi.no/studier/helseundersokelser/ung/sporreskjema-og-definisjoner-i-ungd/>

Fiva, J. H., Hagen, T. P. og Sørensen, R. J. (2014) *Kommunal organisering*. (7. utgave). Oslo: Universitetsforlaget

Gjerde, I. (2012) Resultatkommunen og brukerne. I Torsteinsen, H.s *Resultatkommunen. Reformen og resultater*. (Red.) (s. 200-209) Oslo: Universitetsforlaget

Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget

Helsenorge (2018, 28. desember) Brukermedvirkning. Hentet fra <https://helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St. Meld. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, K. D., Jensen, T. Ø., og Aarseth, T. (1982) *Fordelingspolitikkenes forvaltning*. Sosiologi i dag, 3, s.29-49

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. (St. Meld. 14 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>

Martinsen, R., Kirkevold, M., og Sveen, U. (2015) *Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences' With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs*. Journal of Neuroscience Nursing: February 2015 – vol. 47 issue 1, s 27-35.

Matland, R. E. (1995) *Synthesizing the Implementation Literature. The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation*. Journal of Public Administration Research and Theory: J-Part, vol. 5 nr.2 s. 145-174.

NHI (2017) Hjerneslag. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/>

Norsk Luftambulans (u.å) Hjerneslag. Hentet fra <https://norskluftambulans.no/fakta-om-hjerneslag/>

Offerdal, A. (2014) Iverksettingsteori. I Baldersheim, H. og Rose, L. E.s *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (Red.) (s. 219-238). Bergen: Fagbokforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen (2014a, 3. oktober) Samhandlingsreformen i kortversjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Regjeringen (2014b, 6. januar) Mer om lokaldemokrati. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/valg-og-demokrati/lokaldemokrati/mer-om-lokaldemokrati/id550479/>

Romøren, T. I. (2013) Helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I Romøren, T. I.s, *Den norske velferdsstaten*. (s. 199-226) (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget

SSB (2018, 4. desember) Befolkning. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Steinshamn, E. og Stormo, M. K. F. (2018) «Jeg har ingen andre enn min kjære Anne». *Slagrammedes erfaring med oppfølging etter utskrivelse fra sykehus*. (Bacheloroppgave) Høgskolen i Molde. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2565864/bachelor_steinshamn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torsteinsen, H. (2012) *Resultatkommunen. Reformen og resultater*. (Red.) Oslo: Universitetsforlaget

Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., og Næss, H. (2013, 3. september) Dårlig prognose ved hjerteinfarkt i ung alder. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2013/09/kommentar-og-debatt/darlig-prognose-ved-hjerneinfarkt-i-ung-alder>

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversendelsesbrev

Vedlagte oversendelsesbrev er det som ble benyttet i første utsendingsrunde. For de senere rundene er dato for svarfrist, samt mottakere, endret.



NFS Molde og omegn
Norsk forening for slagrammede
www.slagrammede.org

**Til medlemmer som har hatt hjerneslag
i Afasi- og NFS-lagene i Møre og Romsdal**

Molde januar 2018

HVORDAN HAR DU BLITT FULGT OPP ETTER AT DU FIKK HJERNESLAG?

For å få svar på hvordan slagrammede har opplevd sin situasjon etter hjerneslaget, sender vi deg et spørreskjema. Vi vil gjerne vite hvilke erfaringer du har hatt i forhold til rehabilitering, informasjon og hjelpetilbud. Undersøkelsen er et samarbeid mellom Prosjektgruppa i NFS, Nevrologisk avdeling ved Molde sjukehus og Høgskolen i Molde.

Dine opplevelser og meninger er svært viktige hvis undersøkelsen skal føre til forbedringer, så vi håper du tar deg tid til å fylle ut skjemaet.

For de som har vansker med å lese eller skrive, håper vi dere kan be om hjelp til å fylle ut skjemaet. Det kan også ha gått mange år siden du fikk slag, og det kan være at ikke alle spørsmålene passer like godt. Du trenger ikke å fylle ut hele skjemaet. Velg ut det som passer. **Alle svar er like viktige for oss!**

Svarene vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg som person. Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet for forskning, Helse Møre og Romsdal HF. Resultatene vil bli skriftlig og muntlig formidlet.

Spørreskjemaet sendes ut via Afasi- og NFS-lagene i Møre og Romsdal.

Vi ber vennligst om at utfylt spørreskjema returneres i vedlagte frankerte konvolutt innen 1.februar.

Hvis noe er uklart kan du eller den som hjelper deg, ta kontakt med en av oss i prosjektgruppa:

Inger R. Bloch, tlf. 482 20981/71210941 og
Gro Holmen, tlf. 922 26926

Eller:

Turid Aarseth (Høgskolen i Molde) 90099142/71214213

Vedlegg 2: Informasjonsskriv om utsatt frist



NFS Molde og omegn

Norsk forening for slagrammede

www.slagrammede.org

www.Slagrammedemolde.com

Inger R. Bloch

Tlf. 712 10941/482 20981

e-post: inger.r.bloch@gmail.com

Molde, 16.januar 2019

Til medlemmene i NFS

VI TRENGER FLERE SVAR - NY SVARFRIST ER 4. FEBRUAR

Godt nytt år til alle!

I Hjernecella nr 4 -2018 ble det vedlagt et spørreskjema med frankert konvolutt til alle slagrammede medlemmer i NFS (med unntak av Drammen og omegn og Møre og Romsdal).

Mange uheldige omstendigheter førte til at Hjernecella kom til dere samtidig/eller i etterkant av svarfristen. Vi forstår derfor godt at mange har latt være å svare.

Slagrammede sine opplevelser og meninger er svært viktige hvis undersøkelsen skal føre til forbedringer. Vi i prosjektgruppa (representert ved NFS, Høgskolen i Molde og Molde sjukehus) håper at dere som ikke har svart, vil gi oss en ny sjanse: Ny svarfrist er 4. februar.

For de som har vansker med å lese eller skrive, håper vi dere kan be om hjelp til å fylle ut skjemaet. Det kan også ha gått mange år siden dere fikk slag, og derfor passer ikke alle spørsmålene like godt. Velg ut det som passer, det er ikke nødvendig å fylle ut hele skjemaet.

Svarene vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg som person.

Vi ber vennligst om at utfylt spørreskjema returneres i den frankerte konvolutten dere har mottatt innen 4. februar 2019. Hvis dere mangler skjema kan dette eventuelt sendes til dere på e-post.

Hvis noe er uklart kan du eller den som hjelper deg, ta kontakt med en av oss i prosjektgruppa:

Inger R. Bloch tlf. 482 20981/71 210941

Turid Aarseth, Høgskolen i Molde, tlf. 900 99142/71 214213

Vennlig hilsen

Prosjektgruppa

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlagte spørreskjema er det som ble sendt ut i undersøkelsens siste runde. For skjemaene som ble sendt ut til slagrammede i Møre og Romsdal og i Drammen, er ikke spørsmålet om lokallag tatt med.

SLAGREHABILITERING I ET LIVSLØPSPERSPEKTIV

Undersøkelsen er anonym

1. Bakgrunnsinformasjon

Kjønn

Mann

Kvinne

Alder

under 55 år

55-70 år

over 70 år

Innbyggertall i din hjemstedskommune?

under 3000

mellom 3-7000

mellom 7 og 20 000

over 20 000

Når fikk du slag første gang?

Oppgi årstall: _____

Hvordan opplever du din helsetilstand i dag?

- Den er veldig god
- God
- Grei
- Dårlig
- Veldig dårlig

2. INFORMASJON OM SLAG OG AKTUELLE HJELPETILBUD

Hvordan vurderer du informasjonen du fikk ved utskrivelse fra sykehuset?

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	God info	Mangel- full info	Ingen info	Ikke behov for info
Om selve sykdommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hvordan jeg skulle følges opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om risikofaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om framtid utsikter/prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan vurderer du informasjonen du fikk etter at du var skrevet ut fra sykehuset?

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	God info	Mangel- full info	Ingen info	Ikke behov for info
Om hvem som hadde ansvar for å følge meg opp i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om økonomiske rettigheter(NAV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ergoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om psykologhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om logoped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Likepersonsordningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om brukerorganisasjoner for slagrammede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om muligheter for voksenopplæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om tilpasning av bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. HJELPETILBUD – BEHOV OG ERFARINGER

Hvor fornøyd er du med hjelpen du får når det gjelder

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	Svært misfornøyd					Svært fornøyd		Ingen mening/ikke behov
	-3	-2	-1	+1	+2	+3		
Fysisk opptrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Logopedhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykologhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samlet oppfølging fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samlet oppfølging fra kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opphold ved rehabiliteringsinstitusjon (Mork, Aure, FysMed eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ta stilling til følgende påstander:

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	Enig	Delvis enig	Uenig	Ingen mening/ vet ikke
Jeg opplever at				
det samlede hjelpetilbudet er godt tilpasset mine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i min kommune er det høy faglig kompetanse om slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i min kommune er det godt samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeg har innflytelse på hvilken hjelp jeg mottar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjelpetilbudet jeg får har blitt stadig bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det er godt samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. HJELPETILBUD OG ENDRINGSBEHOV

Hva/hvem har hatt betydning for hvilken hjelp du har fått?

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	Ingen betydning				Stor betydning
	0	1	2	3	4
Min egen innsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes innsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råd/info fra brukerorganisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre slaggrammede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykehusansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatte i NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatte i hjemkommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre som har hatt betydning: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke ønsker/behov har du per i dag til hjelpetilbudet i din kommune?

	Ikke behov				Stort behov
	0	1	2	3	4
Mer hjelp til fysisk opptrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer hjelp til psykisk/kognitiv mestring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer hjelp i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer tilpassede hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer langsiktighet/kontinuitet i hjelpetilbudene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarere ansvarsforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre samarbeid mellom sykehus og kommune/fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ønsker/behov: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fysisk aktivitet

<i>(Sett ett kryss for hver linje.)</i>	Svært aktiv	Aktiv	Litt aktiv	Ikke aktiv
I hvilken grad var du fysisk aktiv før du fikk slag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvilken grad er du fysisk aktiv i dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Om utfylling av spørreskjemaet

- Jeg fylte ut skjemaet selv
- Jeg fikk hjelp fra familie/venner/andre

Vedlegg 4: Tabell

Vurdering av informasjon fordelt på helsetilstand og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «Ingen informasjon».

	Tidspunkt for første slag		
	Før 2013	2013 eller senere	
God helse	28	14	N=86
Grei helse	35	25	N=127
Dårlig helse	52	25	N=53
	N=164	N=102	N=266

Vedlegg 5: Tabell

Vurdering av innhold i hjelpetilbud fordelt på helsetilstand og kommunestørrelse. Prosentandel som har svart «Svært misfornøyd».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
God helse	0	0	9	N=61
Grei helse	15	20	8	N=120
Dårlig helse	14	18	45	N=49
	N=48	N=52	N=130	N=230

Vedlegg 6: Tabell

Vurdering av samordning fordelt på helsetilstand og kommunestørrelse. Prosentandel som har svart «Dårlig samordning».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
God helse	29	7	33	N=71
Grei helse	52	58	43	N=125
Dårlig helse	29	55	69	N=50
	N=48	N=56	N=142	N=246

Vedlegg 7: Tabell

Vurdering av samordning fordelt på helsetilstand og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «Dårlig samordning».

	Tidspunkt for første slag		
	Før 2013	2013 eller senere	
God helse	35	13	N=70
Grei helse	44	56	N=121
Dårlig helse	50	65	N=51
	N=147	N=95	N=242

Vedlegg 8: Tabell

Vurdering av samordning fordelt på kommunestørrelse og tidspunkt for slag. Prosentandel som har svart «Dårlig samordning».

	Antall innbyggere i kommunen			
	Under 7.000	7.000-20.000	Over 20.000	
Før 2013	36	44	44	N=149
2013 eller senere	56	42	48	N=98
	N=46	N=56	N=145	N=247