

KOMPETANSEPROGRAM FOR GERIATRISKE TEAM I TROMS

**Et samarbeidsprosjekt mellom
Geriatrisk seksjon ved RiTø, Områdegeriatrisk tjeneste for
midt-Troms, Områdegeriatrisk team for nord-Troms,
Rehabiliteringsteamet ved Harstad sykehus
og Nasjonalt senter for telemedisin**

**Rapport ved
Hilde Isaksen, Johanne Aasen,
Adri Vermeer, Pål Gunnar Olsen og Beate Nyheim
November 1999**

Prosjektansvarlig: Sigurd Sparr

”Kompetanseprogrammet for geriatriske team i Troms”
Prosjekt 20 under ”Forskningsprogrammet om eldre i Tromsø”

Forord

Ideen til kompetanseprogrammet ble utviklet i forbindelse med at det ble etablert et samarbeidsforum for de geriatriske miljøene i Troms. Det ble arrangert kontaktmøter mellom miljøene i Tromsø, Finnsnes, Harstad og Nordreisa, og det ble etter hvert klart at det var ønskelig med et mer strukturert program for fagutvikling og kompetansebygging.

Heidi Aarmo Lund, som da var avdelingssykepleier ved geriatrisk seksjon, var initiativtaker og pådriver. Heidi og jeg søkte midler over forskningsprogrammet etter å ha utarbeidet en prosjektplan. Det ble innvilget oss støtte til gjennomføringen, og med entusiasme satte vi i gang! Det praktiske arbeidet ble drevet av en arbeidsgruppe med representanter for alle miljøene, samt medvirkning fra Telemedisinsk avdeling.

Den foreliggende rapport viser at kompetanseprogrammet har vært gjennomført etter planen (om enn noe forsinket) og at deltagerene er godt fornøyde med resultatet. Min egen vurdering er at dette har vært svært nyttig og vellykket!

Samtidig er det viktig å merke seg arbeidsgruppas kommentarer om problemer med å kombinere dette arbeidet med fulle stillinger for øvrig, og at det ikke har vært noen person som har kunnet arbeide bare med programmet.

Utfordringen nå er å videreføre arbeidet, og fortsette prosessen. Til det trengs midler, og personer, og entusiasme! Det er ikke tvil om at geriatrisk seksjon har et særlig ansvar for å videreføre arbeidet. Det er også klart at de andre miljøene vil være motivert for en eller annen fortsettelse. Dette prosjektet har i alle fall vært en bra begynnelse!

Sigurd Sparr
Prosjektleder

Vi i arbeidsgruppa vil takke Aud Obstfelder ved Nasjonalt senter for telemedisin for konstruktiv veiledning under rapportskrivningen.

Hilde Isaksen, Johanne Aasen, Beate Nyheim, Adri Vermeer og Pål Gunnar Olsen

Innhold

s.4		<u>Sammendrag</u>
s.5	<u>1</u>	<u>Bakgrunn</u>
s.5	1.1	Etablering av geriatrisk spesialhelsetjeneste i Troms
s.5	1.2	Behov for kompetanseheving
s.6	1.3	Kompetanseprogram for geriatriske team i Troms
s.6	1.3.1	Samarbeidsforumet
s.7	1.3.2	Arbeidsgruppa
s.8	<u>2</u>	<u>Kostnader og finansiering</u>
s.9	<u>3</u>	<u>Gjennomføring og deltagelse</u>
s.9	3.1	Bolk A: Om aldring, gerontologi og geriatri
s.10	3.2	Bolk B: Etikk, rettigheter, prioriteringer og tilbud
s.10	3.3	Bolk C: Tverrfaglig samarbeid
s.10	3.4	Bolk D: Tverrfaglig samarbeid. Geriatrisk rehabilitering
s.10	3.5	Om bruk av gruppearbeid
s.11	3.6	Om bruk av videokonferanse
s.11	3.7	Sosiale aktiviteter
s.11	3.8	Deltagelse
s.11	<u>4</u>	<u>Evaluering og diskusjon</u>
s.12	4.1	Har programmet ført til kompetanseheving innen geriatri, rehabilitering og tverrfaglig tilnærming?
s.12	4.1.1	Deltagernes vurdering
s.13	4.1.2	Endringer på arbeidsplassene som følge av kompetanseprogrammet
s.13	4.1.3	Arbeidsgruppas vurdering
s.14	4.2	Har programmet ført til nettverksbygging mellom de deltagende miljøene?
s.14	4.2.1	Deltagernes vurdering
s.14	4.2.2	Arbeidsgruppas vurdering
s. 15	4.3	Har programmet satt de deltagende miljøene i stand til å videreføre kompetanse til kommunehelsetjenesten?
s.15	4.3.1	Deltagernes vurdering
s.15	4.3.2	Arbeidsgruppas vurdering
s.16	4.4	Erfaringer med bruk av videokonferanse som metode for kompetanseheving i et tverrfaglig miljø
s.16	4.4.1	Deltagernes vurdering
s.17	4.4.2	Arbeidsgruppas vurdering
s.18	<u>5</u>	<u>Arbeidsgruppas sluttkommentar</u>

- Vedlegg:
1. Innholdsfortegnelser for kompendiene
 2. Evaluerings skjema for hele programmet

Sammendrag

Ifølge "Samlet plan for somatisk geriatri, medisinsk rehabilitering og habilitering" vedtatt av Troms Fylkeskommune oktober 1994, skulle det etableres en geriatrisk spesialhelsetjeneste i hele fylket. Et områdegeriatrisk tilbud ble planlagt etablert ved geriatrisk seksjon, RiTø og ved Harstad sykehus. Områdegeriatriske team var under etablering i Nordreisa og på Finnsnes.

Etableringen av områdegeriatriske team førte til en omorganisering av sykestuene i Nordreisa og på Finnsnes. De ansatte fikk nye oppgaver innen geriatri og rehabilitering, noe som forutsatte en kompetanseheving. Som en følge av dette ble det etablert et samarbeidsforum i 1994, bestående av representanter fra de geriatriske miljøene i Troms fylke. I samarbeidsforumet ble det drøftet hvordan denne kompetansehevingen kunne oppnås. I 1995 ble det enighet om å lage et eget opplegg for kompetanseheving for de geriatriske miljøene i fylket, et "Kompetanseprogram for geriatriske team i Troms".

Hovedmålene for kompetanseprogrammet var: 1) Å gi deltagerene kompetanseheving innen geriatri, rehabilitering og tverrfaglig tilnærming. 2) Å få etablert personlige nettverk mellom deltagerne og de deltagende fagmiljøene.

Utgangspunktet for gjennomføringen var: 1) Alle arbeidsplasser skulle være tverrfaglig og tallrikt representert. 2) Samme deltagergruppe skulle gjennomføre hele programmet som skulle gå over to år. 3) Innholdet i programmet skulle ta utgangspunkt i deltagerens behov i den kliniske hverdag. 4) Programmet skulle kombineres med vanlig klinisk drift. En del av programmet skulle derfor bestå av egenaktivitet, gruppearbeid, lesning av litteratur og videokonferanser på hver enkelt arbeidssted. 5) Sentraliserte fellessamlinger hvert halvår, med faglig påfyll, utveksling av erfaringer og sosialt samvær.

Samarbeidsforumet nedsatte en arbeidsgruppe i 1995, som skulle jobbe fram kompetanseprogrammet. Geriatrisk seksjon, RiTø, påtok seg et overordnet ansvar for realiseringen av programmet. Programmet ble gjennomført i tidsrommet januar 1997 til januar 1999, og ble finansiert med 92400 fra "Forskningsprogrammet om eldre i Tromsø".

Arbeidsgruppa er fornøyd med at prosjektet er gjennomført, på tross av lite ressurser og stor arbeidsmengde. Det har vært en lærerik og inspirerende prosess, med mange nyttige erfaringer og svært positive tilbakemeldinger fra deltagerne.

1 Bakgrunn

1.1 Etablering av geriatrisk spesialisthelsetjeneste i Troms

Troms fylkeskommune vedtok oktober 1994 "*Samlet plan for somatisk geriatri, medisinsk rehabilitering og habilitering*". I samsvar med denne planen skulle det etableres en geriatrisk spesialisthelsetjeneste i hele fylket, delvis knyttet til sykehusene, delvis desentralisert, knyttet til eksisterende sykestuer:

- 1 Nord-Troms: Områdegeriatrisk team for Nord-Troms, Sonjatun Helsesenter i Nordreisa
- 2 Tromsø og omegn: Geriatrisk seksjon, RiTØ. (Allerede etablert)
- 3 Midt-Troms: Områdegeriatrisk team for Midt-Troms, Lenvik Helsesenter på Finnsnes.
- 4 Sør-Troms: Harstad sykehus, avd. for rehabilitering og geriatri.

Da planen ble vedtatt hadde geriatrisk seksjon på RiTØ vært i drift i 11 år, og skulle nå etter planen også etablere områdegeriatrisk virksomhet. I Nordreisa og på Finnsnes var områdegeriatriske team under etablering, og Harstad sykehus hadde fått sin rehabiliteringsavdeling som etter planen skulle utvikles til også å gi et geriatrisk tilbud, inkludert et områdegeriatrisk tilbud.

Pr. 1999 er de områdegeriatriske team for Nord-Troms og Midt-Troms ferdigetablert, men det er fortsatt ikke etablert områdegeriatrisk virksomhet ved geriatrisk seksjon RiTØ. Ved Harstad sykehus er det ikke etablert noe geriatrisk tilbud. Disse forhold hadde imidlertid ikke noe konsekvens for planleggingen og gjennomføringen av Kompetanseprogrammet.

Geriatrisk seksjon ved medisinsk avdeling RiTØ er tillagt et overordnet faglig ansvar for den geriatriske virksomheten i hele fylket (se punkt 4.9, side 23 i nevnte rapport). Harstad sykehus er tillagt et tilsvarende ansvar i sitt område. Spesielt er nevnt: «kvalitetssikring» og «utvikle og opprettholde nødvendig kompetanse».

1.2 Behov for kompetanseheving

Realisering av nevnte plan førte til en omorganisering av sykestuene i Nordreisa og på Finnsnes fra den tradisjonelle driften med akuttinnleggelse med enkel medisinsk behandling, observasjon, medisinsk etterbehandling og rehabilitering etter sykehusinnleggelse, til enheter for områdegeriatri og spesialisert rehabilitering. De ansatte måtte nå ta på seg nye arbeidsoppgaver innen geriatri og rehabilitering. Dette forutsatte en kompetanseheving innen geriatri og rehabilitering. Planen for Harstad sykehus forutsatte nyetablering av et geriatrisk tilbud, noe som ville føre til samme behov for kompetanseheving.

1.3 Kompetanseprogram for geriatiske team i Troms

Som en følge av etableringen av de områdegeriatiske teamene ble det i 1994 etablert et samarbeidsforum bestående av representanter fra de geriatiske miljøer i Troms fylke. I dette forumet ble det drøftet på hvilken måte en kunne oppnå den nødvendige kompetanseheving for å ivareta driftsomleggingen. I samarbeidsforumet ble det derfor i 1995 avtalt å få i gang et eget opplegg for kompetanseheving for de geriatiske miljøene i fylket; "Kompetanseprogram for geriatiske team i Troms".

1.3.1 Samarbeidsforumet

Samarbeidsforumet definerte følgende hovedmål for kompetanseprogrammet:

1. Programmet skal gi deltakerne kompetanseheving innen geriatri, rehabilitering og tverrfaglig tilnærming.
2. Programmet skal føre til at det oppstår et nettverk mellom deltakerne / de deltakende enheter ved å styrke fagidentiteten til den enkelte deltakeren og styrke samhörigheten mellom de deltagende fagmiljøene. Nettverk defineres som personlige forbindelser mellom deltagerne.

I tillegg følgende delmål:

1. Programmet skal sette de deltagende miljøer i stand til å videreføre kompetanse til kommunehelsetjenesten.
2. Utprøving av videokonferanse som metode for kompetanseheving i et tverrfaglig miljø.

Utgangspunktet for gjennomføringen av kompetanseprogrammet ble av samarbeidsforumet definert slik:

1. De deltagende fagmiljøene skal være tverrfaglig og tallrikt representert.
2. Samme deltakergruppen skal følge hele programmet som skal gå over 2 år.
3. Innholdet i programmet defineres utfra deltakernes behov i den kliniske hverdag.
4. Kompetanseprogrammet organiseres slik at det kan kombineres med vanlig klinisk drift på arbeidsplassene. Det legges derfor opp til egenaktivitet slik som lesning av anbefalt litteratur, gruppearbeid på den enkelte arbeidsplass og videokonferanser.
5. Programmet gjennomføres delvis sentralisert med fellessamlinger hvert halvår. I tråd med målene skal innholdet i samlingene være faglig påfyll, utveksling av erfaringer og sosialt samvær.

1.3.2 Arbeidsgruppa

Samarbeidsforumet nedsatte en arbeidsgruppe som skulle jobbe fram kompetanseprogrammet. Arbeidet startet medio 1995. Utgangspunktet for arbeidsgruppa var i samarbeidsforumet definert slik:

1. Geriatriisk seksjon RiTø har et "tredjelinjeansvar", og påtok seg derfor et overordnet ansvar for realiseringen av kompetanseprogrammet.
2. Arbeidsgruppa skulle ha en tverrfaglig sammensetning.
3. Alle deltagende fagmiljøer skulle være representert i arbeidsgruppa, fordi dette ville forplikte miljøene mest mulig.

Som grunnlag for innholdet i programmet tok en i størst mulig grad utgangspunkt i selvopplevde behov i den kliniske hverdagen. Disse behovene ble definert ut i fra en kartlegging blant deltagerne i målgruppa.

Det ble innhentet informasjon og ideer fra videreutdanningen i eldreomsorg ved Høgskolen i Tromsø, fra videreutdanning i rehabilitering ved Høgskolen i Harstad, det medisinske fakultet ved UiTø og gjennom litteratursøk.

I oktober 1996 la arbeidsgruppen frem et utkast til kompetanseprogrammet i samarbeidsforumet. Programmet ble komplettert med deltakerens ønsker, hovedtrekkene ble vedtatt, og ansvaret for de forskjellige delene av programmet ble fordelt.

Det ble lagt opp følgende strategi for arbeidsgruppas gjennomføring av programmet.:

1. Gruppa skulle ha regelmessige møter, som av praktiske og kommunikasjonsmessige hensyn ble lagt til Tromsø.
2. Gruppa skulle i planleggingsprosessen bruke videokonferanser i tillegg til fellesmøter.
3. Arbeidsgruppa skulle ha en koordinator, men ellers skulle arbeidsoppgavene fordeles mellom deltakerne.
4. Geriatrikoordinator ved telemedisinsk avdeling skulle ha hovedansvaret for den praktiske gjennomføringen og evalueringen av videokonferansene.
5. Det skulle gjennomføres fortløpende skriftlig evaluering av programmet, og arbeidsgruppa skulle justere gjennomføringen i samsvar med resultatene.

Dette har betydd at arbeidsgruppa har hatt alt arbeidet med kompetanseprogrammet, både når det gjelder den praktiske organiseringen, det faglige innholdet og evalueringa. Dette har innbefattet valg av samlingsted, all organisering m.h.t. overnatting og tilbud ellers, utsendelse av innbydelser, registrering av deltagere, oppsett av program, gjøre avtale med forelesere, ledelse og praktisk gjennomføring av samlingene samt videokonferanseundervisningene. I forbindelse med de to siste bolkene har arbeidsgruppa også hatt alt arbeidet med utvelgelse av litteratur og trykking av kompendier.

I gjennomføringen av kompetanseprogrammet fra januar 1997 til januar 1999, har arbeidsgruppa hatt 2 - 3 heldagsmøter i Tromsø i tillegg til noen kortere videokonferansemøter.

Dette har vært et omfattende og tidkrevende arbeid som må sees i forhold til at arbeidsgruppa, som med unntak av geriatrikoordinator ved telemedisinsk avdeling, har bestått av ansatte i klinisk utøvende stillinger

Arbeidsgruppa har bestått av:

Pål Gunnar Olsen, fysioterapeut ved Områdegeriatrik team for Nord-Troms

Adri Vermeer, lege ved Områdegeriatrik tjeneste for Midt-Troms.

Anne Skoglund, sykepleier ved slagrehabiliteringsteamet, Harstad sykehus

Beate Nyheim, geriatrikoordinator ved Telemedisinsk avdeling

Johanne Aasen, fysioterapeut ved Geriatrik seksjon, RiTø

Hilde Isaksen, fagutviklingssykepleier ved Geriatrik seksjon, RiTø.

(I 1997 vikarierte Anita Stefanussen for Hilde Isaksen)

Heidi Aarmo Lund, tidligere avdelingssykepleier ved geriatrik sengepost, var med i den første planleggingsfasen, men trakk seg ut av arbeidsgruppa før gjennomføringen ettersom hun da hadde tiltrådt annen stilling ved RiTø.

Fagutviklingssykepleier ved RiTø fikk ansvaret som gruppas koordinator ettersom RiTø påtok seg et overordnet ansvar i gjennomføringen. Ellers har arbeidsoppgavene vært fordelt mellom arbeidsgruppas medlemmer.

2 Kostnader og finansiering

Arbeidsgruppen søkte (gjennom telemedisinsk avdeling) Nasjonalt Geriatriprogram om midler til gjennomføring av hele programmet. I utgangspunktet var det søkt om om midler til koordinatorstilling, teleteknikk, gjennomføring av samlinger og utarbeiding av kompendier med til sammen kr. 651 000. Søknaden ble ikke innvilget, men Telemedisinsk avdeling fikk midler til en telegeriatrikoordinatorstilling som kunne brukes til gjennomføring av videokonferansedelen av programmet. Kompetanseprogrammet fikk bevilget kr. 92 400 fra "Forskningsprogrammet om eldre i Tromsø". Kr. 85 000 var øremerket til honorarer og kr. 7400 til utarbeiding av kompendier.

Budsjett for fire fellessamlinger med tilhørende videokonferanseundervisning.

Honorar til forelesere	42000
Reise- og oppholdsutgifter til forelesere	43000
Kompendier	7400
Totalt	92400

I beregningen var det planlagt fire eksterne forelesere i hver halvårsenhet, inkludert to heldagsansvarlige totalt i programmet. Det var lagt inn reiseutgifter for to og oppholdsutgifter for en foreleser pr.enhet. Fire kompendier med en kostnad på til sammen kr.7400 syntes lite, men forslaget ble stående og den faktiske kostnaden ble vurdert underveis.

Arbeidsgruppa bestemte seg for å gjennomføre programmet med de tilgjengelige midlene. Man benyttet de videokonferanseenheterne som hvert enkelt tjenestested allerede hadde. Tjenestestedene måtte selv betale for reise og opphold for sine deltakere i forbindelse med fellesamlinger. Også reiseutgifter i forbindelse med møter i arbeidsgruppa har vært dekket over det de enkelte tjenestestedenes driftsbudsjett.

I forbindelse med de to første bolkene ble det leid hjelp fra Høgskolen i Tromsø for å finne fram til relevant litteratur til kompendiene. Etter dette har arbeidsgruppa funnet det hensiktsmessig å ordne kompendiene selv, noe som har vært kostnadsbesparende. Kostnader ellers har vært honorar og reise- og oppholdsutgifter til forelesere. Forelesere fra de deltagende miljøene har tildels stilt opp uten å ta honorar. Dette har ført til at det ved programmets slutt fortsatt er midler igjen.

3 Gjennomføring og deltagelse

I stor grad har programmet vært gjennomført i samsvar med den opprinnelige planen både når det gjelder innhold, opplegg og framdrift, samt sosiale aktiviteter. Det har vært utgitt et kompendium i tilknytning til hver bolke. Se vedlegg nr. 1.

3.1 Bolke A ” Om aldring, gerontologi og geriatri ”

Fellessamling i Tromsø - Sydspissen 20. – 21.05.97 med følgende innhold:

- Presentasjon av kompetanseprogrammet.
- Presentasjon av de geriatrike miljøene som deltar.
- Presentasjon av geriatrikoordinator ved telemed. avd. og aktuelle aktiviteter innen telegeriatri.
- Presentasjon av telemedisinskavd. på RITØ.

Forelesninger:

- Fagidentitet – tverrfaglighet som fellesnevner. v/geriater Sigurd Sparr
- Normal aldring. v/geriater Sigurd Sparr
- Sykdom hos eldre. v/geriater Wenche Frogn Sælleg

Videokonferanseundervisning m/gruppearbeid 10.06.97

- Kognitiv svikt hos eldre. v/ psykolog Roar Glefjell.
- Kognitiv kartlegging. v/ rehab.avd.Harstad sykehus

Lokalt gruppearbeid høsten-97.

- Tema : Kognitiv svikt

3.2 Bolk B ” Etikk, rettigheter, prioriteringer og tilbud ”.

Fellessamling i Ramfjordbotn 14. – 15.10.97 med følgende innhold:

- Eldres plass i samfunnet. Holdninger til eldre. Hva tror vi ? Hva vet vi ? v/direktør ved avd. for helsefag, Høyskole i Tromsø, Arnfinn Andersen,
- Aktuelle etiske problemstillinger i vår hverdag som helsearbeidere. v/prof. dr. med. Peter F. Hjort
- Presentasjon av Elisabethsenteret. v/prof. dr.med. Arne Nordøy
- Prioriteringer. v/geriater Sigurd Sparr
- Nettverksarbeid. v/sykepleier Allan Øvereng

Videokonferanseundervisning m/gruppearbeid 11.11.97

- Eldres rettigheter – Retten til behandling. Retten til å dø. Taushetsplikten. v/ jurist Randi Sagvollen

3.3 Bolk C ” Tverrfaglig samarbeid ”.

Videokonferanseundervisning m/gruppearbeid 15.04.98

- Tverrfaglig samarbeid. v/ Direktør ved Glitre klinikken, Ragnar Akre Aas

Fellessamling i Skrolsvik – Senjahesten 21. - 22.04 med følgende innhold:

- Presentasjon av arbeidsplassene. Hvordan er ståa og hvordan gikk gruppearbeidet/ forberedelsene til samlingen.
- Gruppen som inspirerende redskap for vellykkethet. v/Ragnar Akre Aas
- Bruk mere av dine ressurser v/journalist/dramapedagog Brita Hansen.

3.4 Bolk D ” Tverrfaglig samarbeid. Geriatrisk rehabilitering. ”

Lokalt gruppearbeid høsten-98

- Tema : Tverrfaglig samarbeid med utg.pkt. i egen praksis og artikkelen ” Tverrfaglig samarbeid i sykehus ” av Kirsti Lauvås.

Fellessamling i Tromsø - Sydspissen 20. – 21.01.99 med følgende innhold:

- Tverrfaglig samarbeid. v/psykiater Tore Sørli
- En pasients opplevelse av rehabiliteringsopphold i et tverrfaglig miljø. v/John Årst
- ICDH i praktisk bruk. v/ergoterapeut Audhild Høyem
- Hva er spesielt med rehabilitering av gamle ? v/geriater Torgeir Engstad

3.5 Om bruk av gruppearbeid

Gjennom hele kompetanseprogrammet har det vært lagt vekt på at deltagerne skulle bidra med sin kunnskap og erfaring. I tillegg til gruppearbeid i forbindelse med videokonferanseundervisning og lokalt arbeid har ca. 25% av tiden på fellessamlingene har vært brukt til gruppearbeid. Gruppesammensetning har variert utfra problemstilling.

Det har vært tverrfaglige grupper fra den enkelte arbeidsplass, fra ulike arbeidsplasser og grupper med en og en yrkesgruppe.

3.6 Om bruk av videokonferanse

Videokonferanse er en toveis lyd og bilde- forbindelse og kan benyttes til alle typer møter der en har behov for visualisering i tillegg til lydoverføring. Deltakerene er geografisk adskilt, men kan se og høre hverandre. Det er vanlig å benytte 1, 2 eller 3 ISDN- grunntilknytninger til videokonferanseoverføringer. Hver tilknytning inneholder 2 kanaler som overfører lyd og bilde.

Videokonferanseundervisning har vært brukt som et supplement til fellessamlingene for å vedlikeholde kontakten mellom miljøene og å holde det faglige engasjementet oppe.

3.7 Sosiale aktiviteter

Ved alle samlingene ble det lagt til rette for sosiale aktiviteter. Ved første samling var det lagt opp til felles middag på arrangørstedet; andre samling, felles tur til lavvo med bespising og aktiviteter/underholdning; tredje samling, middag med aktiviteter/underholdning på arrangørstedet; siste samling, avslutningsmiddag i Nordens Paris.

3.8 Deltagelse

Tjenestesteder som har deltatt :

Geriatrisk seksjon, RiTø med ca. 20 deltagere

Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms, Finnsnes med ca.12 deltakere.

Områdegeriatrisk team for Nord-Troms, Sonjatun helsesenter, Storslett, med ca. 8 deltagere.

Slagrehabiliteringsteamet og rehabiliteringsenheten, Harstad sykehus med ca. 8 deltagere.

Geriatrisprosjektet og rehabiliteringsteamet, Narvik sykehus med ca. 6 deltagere.

Deltagerantallet er oppgitt omtrentlig fordi dette har variert noe. I utgangspunktet hadde vi tenkt at den samme deltagergruppen skulle følge hele programmet over to år, men på grunn av en del utskifting av personale har vi åpnet for at nye personer har kunnet komme med underveis. Oppmøtet på fellessamlingene har ligget på 40-50 personer.

4 Evaluering og diskusjon

Ved hver fellessamling og videokonferanseundervisning har deltagerne blitt bedt om å gi tilbakemelding ved å besvare spørreskjema. Spørreskjemaene har vært utarbeidet spesielt for hver samling og videokonferanseundervisning. Ved siste fellessamling fikk deltagerne også et evalueringsskjema der de skulle gjøre en vurdering av programmet som helhet.

Det er blitt etterspurt hvilket utbytte deltagerne har hatt av de ulike temaene, og de er blitt bedt om å gi en generell vurdering. Evalueringene har vært brukt til å justere kursen underveis, både når det gjelder faglige og praktiske forhold. Etter første samling var det bl.a. tilbakemelding på at det var satt av for lite tid til gruppearbeid, at kompendiene burde vært delt ut før samlingen og at den sosiale delen burde ha vært organisert bedre. Disse forholdene ble justert til de neste samlingene.

Når det gjelder evaluering av videokonferanseundervisningene har deltagerne blitt bedt om å gi tilbakemeldinger om bilde-, lyd kvalitet og undervisningsvisualenes lesbarhet og om faglig utbytte. Skjemaene har hatt tre svarkategorier: Meget bra, bra og mindre bra, samt en åpen rubrikk for kommentarer.

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i deltagerens vurdering av *hele programmet*. Se vedlegg nr. 2.

I tillegg til deltagerens vurderinger har vi i etterkant av gjennomført program bedt ledelsen på de respektive arbeidsplasser å svare på hvorvidt Kompetanseprogrammet har ført til konkrete endringer på den enkelte arbeidsplass.

4.1 Har programmet ført til kompetanseheving innen geriatri, rehabilitering og tverrfaglig tilnærming?

4.1.1 Deltagerens vurderinger

Gjennomgående blant tilbakemeldingene fra deltagerne er at de mener å ha fått større innsikt i geriatriske problemstillinger gjennom programmet, samt større innsikt i tverrfaglig samarbeid som metode innen geriatri og rehabilitering. De fleste deltagerne peker på at styrken ved programmet er den tverrfaglige vinklingen.

Mange peker på at det har vært nyttig å diskutere geriatriske problemstillinger med andre faggrupper fra andre arbeidsplasser, drøfte geriatriske problemstillinger med egen yrkesgruppe og drøfte problemstillinger med egne kollegaer. Det nevnes også at en har fått bedre innsikt i ulike faggruppers arbeidsoppgaver, og hvordan denne kunnskapen kan benyttes i tverrfaglig samarbeid. Deltagerne peker på at det har vært lærerikt å få innsikt i hvordan andre geriatriske miljøer arbeider.

Når det gjelder arbeidsformen er det mange som trekker fram at det lokale arbeidet mellom samlingene sveiser teamet sammen, og bidrar til faglig utvikling. På spørsmål om deltagerne synes at fellessamlinger, lokalt arbeid og videokonferanse er en god arbeidsform svarer alle deltakerne ja. Det understrekes at det er en fin blanding av

egenstudie, gruppearbeid, forelesninger og samlinger. På spørsmål om deltagerne har lest kompendiene til hver bolk svarte alle deltagerne med 2 unntak ja. De svarer at de har hatt stort utbytte av kompendiene. Litteraturen kombinert med samlingene har hatt stor nytteverdi.

Alle med ett unntak er fornøyd med temavalget, noen ønsker mer om følgende tema: Geriatrisk rehabilitering, sorg og kriseteori og alderspsykiatri.

Mange deltagere mener at en positiv prosess på arbeidsplassen har begynt som en følge av programmet, blant annet har en fått i gang faglige diskusjoner på arbeidsplassen. De fleste mener også at kompetanseprogrammet danner grunnlag for forbedringer på egen arbeidsplass. Den økte kunnskapen og oppbygging av egen kompetanse har ført til større sikkerhet i pasientrelatert arbeid. Videre pekes det på at faggruppene sammen har bygget opp en felles plattform, som har ført til mer systematisk arbeid i teamene.

4.1.2 Konkrete endringer på tjenestestedene som følge av kompetanseprogrammet

Ledelsen på de enkelte arbeidsplassene har gitt følgende tilbakemeldinger om endringer:

Områdegeriatrisk tjeneste i Midt-Troms har begynt å ta i bruk ICIDH, en modell for rehabiliteringsarbeid som ble omhandlet i bolk D. Videre har de som en følge av Kompetanseprogrammets fokus på rolleavklaring i det tverrfaglige team, satt av tid da de ansatte ny oversykepleier til å avklare rolleforventninger. Til slutt sier de at de i løpet av kompetanseprogrammet erfarte at halv- eller heldags undervisning og gruppearbeider fungerte godt, slik at de har omlagt sin tradisjonelle internundervisning til temadager.

Geriatrisk seksjon på RiTø har etter inspirasjon fra Kompetanseprogrammets siste bolk begynt å evaluere sine tverrfaglige møter. Dette skjer ved at man etter endt møte evaluerer etter oppsatte kriterier. Dette bevisstgjør møtedeltagerne og det vil i neste omgang danne grunnlag for å revidere møtereglementet.

Områdegeriatrisk team i Nord-Troms har fått bedre struktur og bedre ledelse av sine tverrfaglige møter og er også blitt mer bevisste på det tverrfaglige samarbeidet rundt brukerne. De har også fått flere faglige diskusjoner og mer faglig aktivitet etter programmet.

Miljøene i Harstad og i Narvik har ikke svart på denne henvendelsen.

4.1.3 Arbeidsgruppas vurdering

I hovedsak ble den opprinnelige planen fulgt når det gjelder temavalg. I den ble det lagt opp til å ha en generell kunnskapsdel først som skulle gi en felles faglig basis i den tverrfaglige gruppa. Gjennom drøfting av rent faglige problemstillinger skulle det dannes en felles plattform for det videre arbeidet i programmet. Deretter skulle deltagerne jobbe

med tverrfaglig samarbeid og rehabilitering. Dette opplegget opplevde arbeidsgruppa ble etter intensjonen og at det ble godt mottatt blant deltagerne. Gjennom denne prosessen er det blitt dannet et faglig fellesskap, en samhørighet og for mange en styrke av egen fagidentitet.

Kompetanseheving lar seg vanskelig måle. Økte kunnskaper hos den enkelte og holdningsendringer er ikke alltid observerbart. Men deltagerne tilbakemeldinger gir oss signaler om at programmet har bidratt til å høyne kunnskapsnivået og endre atferd på tjenestestedene. De tilbakemeldingene vi har fått fra ledelsen ved tjenestestedene like etter endt program viser også at læring har funnet sted. Slik vi ser det fortsatt muligheter for at miljøene griper fatt i temaer fra kompetansprogrammet og arbeider videre med disse.

I utgangspunktet ble vi møtt med en del skepsis når det gjaldt ideen om å lage et felles opplegg for faggrupper på ulike utdanningsnivåer. Slik vi ser det har dette bare vært positivt og så godt som avgjørende for at kompetanseprogrammet skulle kunne bidra til noen reell læringseffekt i miljøene.

4.2 Har programmet ført til nettverksbygging mellom de deltagende miljøene?

4.2.1 Deltagerne vurdering

På spørsmål om programmet danner grunnlag for videre samarbeid mellom de geriatriske miljøene svarer alle ja. Underveis har det blitt etablert personlige relasjoner mellom deltagerne fra de ulike arbeidsstedene og dette danner grunnlag for videre kontakt. Kontakt med andre fagmiljø gir inspirasjon til eget arbeid og nettverk styrkes. Deltagerne ønsker å videreutvikle både tverrfaglige nettverk og fagnettverk.

Hovedtrenden i svarene er et ønske om å fortsette et samarbeid med fellessamlinger og undervisning over nettet. Fellessamlingene sveiser de geriatriske miljøene sammen og egner seg godt som metode for nettverksbygging. Det foreslås opprettelse av en fagkomite som kan videreføre det etablerte nettverket mellom deltakermiljøene og ha ansvar for innholdet i et videre kompetanseutviklingsprogram.

4.2.2 Arbeidsgruppas vurdering

Nettverksbygging er en viktig del av utbyttet med programmet. De geriatriske miljøene i fylket er blitt kjent med hverandre, fått kunnskap om hverandre og innblikk i hverandres virksomhet. Terskelen for å ta kontakt er senket. Det har vært en bevisstgjøring i forhold til hvem de geriatriske miljøene i fylket er, at det er flere som jobber for samme sak, er interessert i det samme fagområdet og at man faktisk kan støtte hverandre i arbeidet. Nettverksbygging har skjedd både mellom teamene og de enkelte yrkesgruppene.

Det burde være gode muligheter for å fortsette og dra veksler på hverandre. Etter endt Kompetanseprogram eksisterer det et uformelt nettverk mellom miljøene og arbeidsgruppas ønske er å bringe miljøene videre over i et formelt faglig nettverk. Et

nettverk som kan ivareta behovet for videre kompetanseheving, for felles utviklingsarbeid, kvalitetssikring og ressursutnyttelse i fylket. Dette forutsetter:

- En arbeidsgruppe som utpekes av ledelsen ved de ulike tjenestestedene.
- Et program der ansatte kan møtes og jobbe, ikke bare med kompetanseheving, men også med utvikling av den geriatriske tjenesten i fylket.

Et annet alternativ for å opprettholde den faglige kontakten som er etablert er at tjenestestedene på omgang påtar seg ansvaret for et faglig arrangement enten i form av en fellessamling eller en videokonferanseundervisning. Arbeidsgruppa har forhåpninger om at vi på grunnlag av det fellesskapet som er etablert heretter tenker på å trekke med de andre miljøene når det gjelder forelesere man ønsker å hente inn lokalt, at de heller kan forelese over videokonferanse.

4.3 Har programmet satt de deltagende miljøene i stand til å videreføre kompetanse til kommunehelsetjenesten?

4.3.1. Deltagernes vurdering

Deltagerne mener at programmet kan overføres til kommunehelsetjenesten og at videokonferanse kan benyttes som overføringsmetode. Noen mener hele programmet kan overføres mens andre mener deler av programmet. De som mener deler av programmet nevner tema som: Normal aldring, sykdommer hos gamle og generell geriatri. Når det gjelder overføring av kunnskap om tverrfaglig samarbeid er deltageres syn delte. Noen mener at temaet tverrfaglig samarbeid ikke egner seg som videokonferanse-undervisninger, andre mener at temaet er svært aktuelt. Det foreslås kunnskapsoverføring i hvordan opprette tverrfaglige team på kommunalt nivå med de ressurser kommunen rår over.

4.3.2 Arbeidsgruppas vurdering

For å vurdere om programmet kan brukes til kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten bør man se både på faglig innhold og arbeidsmodell.

Forutsetningen for å kunne vurdere om det faglige innholdet er relevant er at man har avklart hvilket behov kommunehelsetjenesten har for kompetanseheving. En slik avklaring har ikke ligget innenfor arbeidsgruppens oppgaver. Vi har derfor ikke grunnlag for å ta stilling til hvilke temaer i det gjennomførte programmet som kan brukes i et tilsvarende program for kommunehelsetjenesten.

Kompetanseoverføring fra 2. til 1. linje forutsetter et faglig nivå og en faglig trygghet i 2. linje. Vårt program har etter arbeidsgruppas vurdering bidratt til at de deltagende fagmiljøer har oppnådd en faglig trygghet som gjør dem i stand til å kunne ta seg av denne kompetanseoverføringen. Dette gjelder spesielt innenfor temaene rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.

For en vurdering av om arbeidsmodellen egner seg som redskap til kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten må man se på to forhold: arbeidsgruppa og selve gjennomføringen av programmet.

Måten denne arbeidsgruppa har jobbet på med ansvar for programmet i tillegg til den vanlige kliniske hverdagen kan ikke anbefales. Ved gjennomføring av et lignende program bør det være en prosjektleder som har hovedansvaret for arbeidet og som samarbeider med klinikere i en arbeidsgruppe.

Et kompetanseprogram for kommunehelsetjenesten bør være desentralisert, og følge inndelingen som gjelder for de områdegeriatriske team. Hver geriatrik enhet bør ta ansvar for et slikt program for sine egne kommuner. Der bør det opprettes egne arbeidsgrupper i samarbeid med kommunene som tar seg av det praktiske arbeid med gjennomføring av kompetansehevende tiltak for kommunehelsetjenesten.

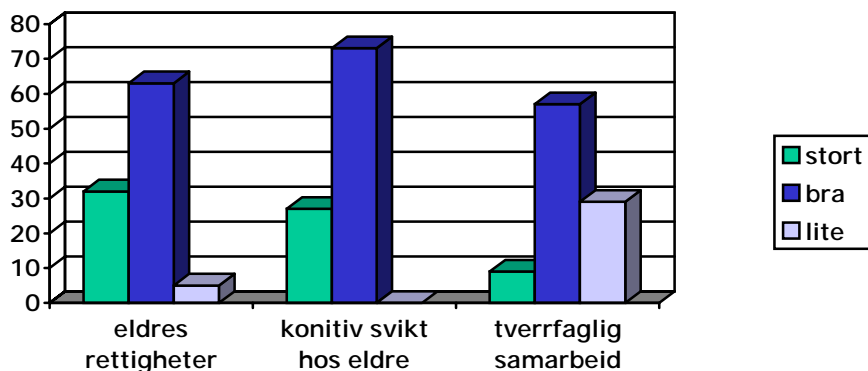
Arbeidsgruppa beskrevet under 4.3.2 kan evt. fungere som en "styringsgruppe" for et program for kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten i fylket. Denne arbeidsgruppa burde kunne ha en koordinerende funksjon og ellers virke til å stimulere arbeidet.

Gjennomføringen av programmet som en kombinasjon av egenaktivitet, gruppearbeid på den enkelte arbeidsplass, videokonferanser, samt fellessamlinger synes etter arbeidsgruppas mening å være godt egnet også for et kompetanseprogram for kommunehelsetjenesten.

4.4 Erfaringer med bruk av videokonferanse som metode for kompetanseheving i et tverrfaglig miljø.

4.4.1. Deltagernes vurdering

Når det gjelder faglig utbytte av videokonferanseundervisningen sier flertallet seg fornøyd med utbyttet, illustrert i diagrammet nedenfor:



På spørsmål om hvilke problemer deltagerne har opplevd ved bruk av videokonferanse-undervisning varierer svarene fra ingen spesielle problemer til problemer med lyd og bildekvalitet og i tillegg problemer med oppkoblingen og at studio mistet kontakt under sending.

Deltagerne var blitt oppfordret til å trene i sine lokale studioer etter første samling, men bare en tredjedel av deltagerne svarte ja på spørsmål om dette var blitt gjort. På spørsmål om en obligatorisk opplæringspakke ville ha vært et bedre alternativ svarte over halvparten av deltagerne ja. De som svarte nei mente at oppfordringer om å lære seg "knottologien" er bedre enn pålegg. De som mente ja, ønsket praktisk trening og evaluering av egen prestasjon. Ved en evt. ny oppstart ønsker mange obligatorisk opplæring i bruk av videokonferanse.

4.4.2 Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa var lenge positiv til utprøvingen av videokonferanse. Imidlertid dalte entusiasmen når de samme problemene stadig oppstod; sendinger der ikke alle ble koblet opp i rett tid, studio som falt ut underveis, forstyrrelser på grunn av manglende kunnskap om bruk av utstyret lokalt og forelesere som ikke var kjent med eget studio.

Selv om arbeidsgruppa opplevde disse problemene som frustrerende, ser det ikke ut til at deltagerne opplevde det på samme måten. Dette antas å ha og gjøre med at gruppearbeidet lokalt etter undervisningene oppveide for disse forstyrrelsene.

Til tross for at vi har hatt en del problemer med videokonferansesendingene holder vi fast ved at dette utgjør en viktig del av Kompetanseprogrammet. Slik vi ser det er videokonferansene i seg selv lite egnet til å opprette faglige nettverk i såpass store miljøer. Men når kontakten først er opprettet gjennom fellessamlingene er videokonferansene en egnet måte til å opprettholde kontakten på.

Vår erfaring er at den beste anvendelsen er i forhold til kunnskapsformidling om spesifikke temaer. Videokonferanseundervisning bør kombineres med lokale gruppearbeid for at de skal gi maksimalt utbytte.

Arbeidsgruppa har avholdt enkelte møter over videokonferanse og finner denne samarbeidsformen egnet når det gjelder mindre avklaringer. I hovedsak har vi valgt å møtes. Dette er dyrere, men erfaringen er at det er mer effektivt, og vi vil tilføye at en god stemning i gruppa har bidratt til vår motivasjon og innsatsvilje til å stå løpet ut. Konklusjonen er altså at møter over videokonferanse ikke alene er tilstrekkelig i en så langvarig prosess, men må anses som et godt supplement.

Arbeidsgruppa vil gi følgende anbefalinger for kvalitetssikring av videokonferanseundervisningen:

- Opplæring i bruk av utstyr
- Skriftlige "bruksanvisninger" for videokonferanseenheter ved hvert tjenestested.

- Obligatoriske rutiner for gjennomføring av prøvesendinger med ukjente studioer.
- En del av oppkoblingsrunden må være å påse at alle studioene har en ansvarlig tilstede som behersker teknikken.
- Noen må ha i ansvar for å lede sendingen i tillegg til foreleser.

Dette er i tråd med anbefalingene fra telemedisinsk avdeling:

- Det bør ansettes en helsefagperson med pedagogisk kompetanse ved telemedisinsk avdeling som kan videreutvikle den pedagogiske tilretteleggingen av undervisning via videokonferanse.
- Ved oppstart av undervisningsprogram må en helsefagperson få ansvar for oppfølging av de lokale deltakerne og bruken av utstyret.
- Pedagogisk tilrettelegging bør skje i samarbeid mellom den pedagogiske ansvarlige ved telemedisinsk avdeling evt. helsefagutdanninger. De lokale gruppelederne blir oppnevnt av kurs- eller programarrangør.
- De lokale gruppelederne får også ansvar for opplæring av andre kursdeltakere i bruk av eget utstyr.

5 Arbeidsgruppas sluttcommentar

Arbeidsgruppa sier seg fornøyd med at prosjektet nå er gjennomført, og alt arbeidet til tross: Det har først og fremst vært en inspirerende prosess. Til andre vil vi anbefale at man sørger for å ha mer frigjorte ressurser før man går i gang med et såpass omfattende arbeid.

Av positive erfaringer vil vi trekke ut dette:

- Programmet har bygget på behov som miljøene selv har definert.
- Programmet har gått over tid, noe som har vært avgjørende både for en gunstig læringsprosess og for nettverksbygging.
- Det har vært en tverrfaglig deltagelse og stor oppslutning fra miljøene.
- Programmet har i stor grad vektlagt samarbeidsprosesser samtidig som det har hatt fokus på styrking av den enkeltes fagidentitet.
- Programmet har gitt miljøene noe å bygge videre på både rent faglig, i forhold til tverrfaglig samarbeid og m.h.t. nettverk.
- Programmet har skapt et grunnlag for videreføring av kompetanse til kommunehelsetjenesten.

LITTERATURLISTE KOMPETANSEPROGRAMMET

BOLK A

- Solheim, Per Erik: Aktivitet eller gerotransedens? Et kritisk lys på sosialgerontologisk teori. I: Daatland, S.O. & Solem, P.E. *Aldersforskningen i kritisk lys*. Norsk gerontologisk institutt. NGI-rapport 2/1995 (s.8-21)
- Noack, T. & Texmon: Dagens og morgendagens gamle kvinner - en demografisk beskrivelse. I: Helset, A. (red.) *Gamle kvinner i Norden - deres liv i tekst og tall*. Norsk gerontologisk institutt. NGI-rapport nr. 6/1991 (s.49-73)
- Steen, B. & Svanborg, A. (red): Kap. 5; Fysiologi (ulike forfattere). I: Geriatrik och långvårdsmedicin. Stockholm; Natur og kultur 1989 (s.40-58)
- Schroll, M. & Maagøe, H: Kap 2; Den normale aldringen og kap 6 geriatri. I: *Geriatri*. København; Munksgaard forlag 1992 (s. 26-37 og s. 69-79)
- Schmidt, M. Neuropsykologi og sygepleje. I: *Klinisk sygepleje*. Nr. 3 juni 1993, (s. 9- 14).
- Udesen, H, Neuropsykologiske symptomer efter hemisfære skade. I: *Klinisk sygepleje nr. 2. April 1998*.
- Tornstam, L. (1994) *Åldrandets socialpsykologi*,. Stockholm: Raben & Sjögren.
- ### BOLK B
- Frost, T: Helsefagenes etikk: Menneskeverdet i en rettighetstidsalder. I: *Fysioterapeuten nr. 15*. 1993. (s. 6-7)
- Henriksen, J.O. & Vetlesen, A.J: Kap 1, Livet som avhengig og sårbart. I: Henriksen, J.O. & Vetlesen, A. J: *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo; Ad Notam 1997 (s. 23-33)
- Hjort, P. F: Etiske overveielser som sykehjemslege. *Nor tidsskr. Geriatri nr. 3*. 1991 (s. 6-10)
- Lindseth, A: Å sanse pasientens fortelling: Å se, høre og respektere pasienten. I: Sæter, M. (red). Kompendium konferansen: *Utfordringer i sykepleierens kultur og verdigrunnlag, 11. til 14. mai 1995*, RiTø 1996 (s.1-10)
- Tranøy, K.E: Kap. 5. Et klassisk problem, etanasi og hjelp til å dø. Kap. 6. Plikt til å tie, rett til å vite. I: K.E. Tranøy: *Medisinsk etikk i vår tid*. Søreidgrend, Sigma forlag 1992 (s. 85-100) og (s. 103-113)

Tranøy, K.E: Etikk som bevaringsverdig tradisjon. Med sideblikk på medisinens etikk. I: Tidsskr. Nor Lægeforen. nr. 22, 1993: 113: 2846-9

Lov om helsetjenesten i kommunene. I: *Helserett. Regelverk for Pleie- og omsorgstjenesten - 96*. Medlex Norsk Helseinformasjon, Oslo 1996 (s. 93-103)

Lov om sosiale tjenester mv. kap 4. Sosiale tjenestger mv. I: *Helserett. Regelverk for Pleie- og omsorgstjenesten - 96*. Medlex Norsk Helseinformasjon, Oslo 1996 (side 266)

Allan Øvereng, *Nettverkskart, 1995*.

BOLK C

Lauvås, Kirsti: «Tverrfaglig samarbeid i sykehus - refleksjoner over en krevende prosess». I: *Spesialpedagogikk 10/90* (s. 18-31)

Kolsrud, Mette: «Rehabilitering - en tverrfaglig utfordring». *Helsedagene i Nord-Norge 1996*. (s. 128-136)

Greve, Inger M.: «Fag krydser grænser» I: *Klinisk sygepleje nr. 1 1998* (s. 26-29)

Senge, Peter: Kap. 12 «Gruppelæring» (s. 236-271).
i «Den femte disiplin».

Reppestad, Pål: Kap 2 «Hvorfor er samarbeid så vanskelig?» (s. 70-112). I: «Dugnadsånd og forsvarsverker».

BOLK D

Langum, Ebba B, Linge, Oddrun A., Vik, Kjersti:
«Det handler om verdighet» (s. 21-49): 'Ideologi'
Universitetsforlaget 1996.

Hoen, Margrethe, Helseth, Ragnhild: «ICIDH-2 - WHO`s internasjonale klassifikasjon av: Impairments, activities and participation»
I: *Ergoterapeuten nr. 13, 1997*

Nergård, Astrid: «Rehabilitering - livskvalitet er målet» I: *Fysioterapeuten nr. 5, 1990*.

Grut, Lisbet: Paper fra foredrag/seminar nr. 12, Begrepsseminaret.
Rehabiliteringskonferansen i Bergen 1997

Bruun, Torgeir Wyller: «Rehabilitering av slagpasienter - nytter det?»
I: Tidsskr. Nor Lægeforen nr. 14, 1995

Leegaard, Ole Feveje: «Genoptræning efter apopleksi»
I: Gerontologi og samfund nr. 1 1992

Solberg, Karin H.: «Ta tiden til hjelp: En fortelling om rehabilitering på sykehjem». I: Fysioterapeuten nr. 14, 1993

Hernes, Thorgeir: «Om rehabiliteringsbegrepet»
Paper til rehabiliteringskonferansen. Bergen 1997

Hopen, Liv, Rø, Otto Christian: «Rehabsirklene: Tverrfaglige kvalitetssirkler»
I: Ergoterapeuten nr. 2, 1994

EVALUERINGSSKJEMA FOR KOMPETANSEPROGRAMMET FOR OMRÅDEGERIATRISKE TEAM

Evaluering av hele programmet.

1.

Har du vært med på samling nr. 1

Har du vært med på samling nr. 2

Har du vært med på samling nr. 3

Faglig innhold.

2. Har du fått større innsikt i geriatriske problemstillinger gjennom programmet?.

Mye middels lite

Gi eksempel

3. Er du fornøyd med temavalget?

Ja Nei

Er det tema du savner?

Ja Nei

Hvilke?

Samarbeidsform.

4. Har du fått større klarhet i tverrfaglig samarbeid som metode innen geriatri og rehabilitering?

Mye middels lite

5. Har diskusjonene i løpet av samlingene dannet grunnlag for forbedringer på egen arbeidsplass?
Mye middels lite

Videreføring av programmet.

6. Danner programmet et grunnlag for videre samarbeid mellom de geriatriske miljøene? Ja Nei

Hvilke samarbeidsformer ser du for deg etter programmet?.

Organisering av programmet.

7. Synes du organiseringen av programmet med fellessamlinger, lokalt arbeid og videokonferanse er en god organisasjonsform? Ja Nei

Hvorfor:

Videokonferanse.

8. Det har vært problemer under videokonferanse- undervisningene.
Hvilke problemer har du opplevd lokalt/ hos sender eller ved Telemedisinsk avdeling.
-
-

9. Har du trent i videokonferanse- studio med TMA eller hverandre som motpart?
Ja Nei

10. Under første kurssamling i mai- 1997 fikk dere informasjon om Telemedisinsk avdeling og hvordan forberede seg til bruk av videokonferanse. Var dette tilfredstillende? Ja Nei

11. Ville en obligatorisk opplæringspakke som inneholder teori og praktiske øvelser være et bedre alternativ? Ja Nei

Hvis nei, hvorfor ønsker du ikke et obligatorisk tilbud, spesifiser.

Hvis ja, har du noen forslag til innhold i en obligatorisk opplæringspakke?

12. Tror du deler av programmet kan videreføres til
kommunehelsetjenesten? Ja Nei

Hvis ja, hvilke deler?

13. Er videokonferanse egnet til denne type overføringer?

Ja Nei

Nytten av programmet i sin helhet.

14. Hvilken nytte har du hatt av programmet i sin helhet og hva har vært spesielt nyttig?

Begrunne svaret.

Kommentarer. Styrker/ svakheter med programmet.

Begrunne svaret

Svarene benyttes til utforming av en felles prosjektrapport.

