



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner

En kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering innføres
i utvalgte norske kommuner

RH335S Masteroppgave i rehabilitering
45 studiepoeng

Ragnhild Brun Øygarden
15. august 2013



Forord

Jeg ønsker å starte med noe Bjarne Håkon Hansen skrev i sitt forord i St.meld.nr. 47 *Rett behandling på rett sted til rett tid* (2008-2009). Jeg synes sitatet gjenspeiler brukerens egne verdier og hvordan man kan oppleve det å være syk veldig godt.

”For en tid tilbake var jeg på besøk i Vågå. Der møtte jeg Kari på snart 100 år. Hun hadde aldri i hele sitt liv vært lengre sør, nord, øst eller vest enn det fjellene satte grenser for. Men for to år siden brakk hun lårhalsen og ble fraktet 15 mil av gårde til sykehus på Lillehammer. Hun fikk utmerket hjelp og ble etter hvert frisk og gangfør igjen. Vel hjemme i Vågå ble hun en dag spurt om hun noen gang hadde vært i Oslo og sett Karl Johans gate, slottet og Stortinget. Kari hadde svar på rede hånd: ”Å nei du, så sjuk ha e nå eilder vorre”.

Arbeidet med dette prosjektet har vært en spennende og lærerik prosess, og det er mange som har hjulpet meg på veien. Først og fremst, en stor takk til mine informanter som med stor entusiasme har delt sine erfaringer, synspunkter og meninger med meg, og som er hovedgrunnen til at denne oppgaven ble som den ble.

Takk til min veileder Bente Vibecke Lunde for veiledning, viktige innspill og for at du har vært tilgjengelig for meg. Takk til mine tidligere kollegaer ved Bodø Rehabiliteringssenter for god støtte. Takk til mine kollegaer ved Sunnaas sykehus for oppmuntrende ord, god støtte, tilrettelegging, gode og oppklarende diskusjoner og for at dere har hatt troen på meg, det har vært til stor hjelp.

Sist men ikke minst, ønsker jeg å takke familie og venner for god støtte, oppmuntring, gode samtaler, for at dere har hatt troen på meg, har hørt på min frustrasjon, og for at dere har hatt forståelse for at jeg til tider har vært litt fraværende gjennom denne prosessen.

Oslo, august 2013.

Ragnhild Brun Øygarden

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	1
1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	4
1.1.1 Tidligere forskning.....	4
1.2 PROBLEMSTILLING.....	5
1.2.1 Valg av kommuner.....	6
1.2.2 Begrepsavklaringer.....	6
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	8
2.0 BAKGRUNN OG TEORETISK GRUNNLAG.....	8
2.1 REHABILITERINGSPOLITIKKEN I NORGE.....	8
2.1.1 Rehabilitering i kommunen.....	9
2.1.2 Koordinerende enhet.....	10
2.1.3 Samhandlingsreformen.....	11
2.1.4 Rehabilitering som prosess.....	12
2.2 HVERDAGSREHABILITERING	13
2.2.1 Östersund-modellen.....	15
2.2.2 Fredericia-modellen.....	15
2.2.3 Mestring	17
2.2.4 Brukermedvirkning.....	17
2.2.5 Empowerment.....	18
3.0 METODE	19
3.1 UTVALG	19
3.2 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	21
3.3 FOKUSGRUPPEINTERVJU	21
3.4 ANALYSE AV DATA	23
3.4.1 Anonymisering	24
3.5 VALIDITET OG RELIABILITET.....	24
4.0 FAGFORBUNDETS ROLLE OG MENINGER.....	25
4.1 HVORDAN DE HAR JOBBET MED Å INNHENTE OG SPRE KUNNSKAP OM HVERDAGSREHABILITERING.....	25
4.2 FAGFORBUNDETS MENINGER.....	27
5.0 INNFØRING/ETABLERING AV HVERDAGSREHABILITERING.....	29
5.1 BAKGRUNN FOR OPPSTART AV PROSJEKTENE.....	29
5.2 FORANKRING I LEDELSEN	33
5.3 FINANSIERING.....	34
5.4 ORGANISERING	37
5.4.1 Hvordan de ulike kommunene har valgt å løse rehabiliteringen.....	37
5.4.2 Tverrfaglig samarbeid	40
5.4.3 Ressurser.....	44
5.4.4 Målgruppe	45
5.4.5 Koordinering og tildeling av tjenester	47
5.4.6 Kartlegging	49
5.4.8 Holdningsendring blant de ansatte - et paradigmeskifte	53
5.4.9 Holdningsendring blant brukerne – et paradigmeskifte.....	55
5.4.10 Holdningsendring blant pårørende- et paradigmeskifte.....	57
6.0 UTFORDRINGER.....	61
6.1 GEOGRAFI	61

6.2 SOSIALE ASPEKTER/BETYDNING.....	62
7.0 AVSLUTNING.....	63
8.0 LITTERATURLISTE	66
VEDLEGG 1	72
VEDLEGG 2	78
VEDLEGG 3	83

1.0 INNLEDNING

I min masteravhandling har jeg ønsket å belyse hvordan det jobbes med å innføre/etablere hverdagsrehabilitering i utvalgte norske kommuner. Intensjonen med prosjektet har vært å få tak i erfaringene og tankene de ulike kommunene har gjort seg underveis i jobben med å innføre hverdagsrehabilitering i sin kommune.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunnen for mitt valg av tema. Med min bakgrunn som ergoterapeut og at jeg har jobbet med rehabilitering både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er rehabilitering noe jeg finner veldig interessant. Visjonen med hverdagsrehabilitering er at brukeren skal kunne bruke hjemmet som arena i rehabiliteringen, og målet er å oppnå bedret funksjonsnivå og livskvalitet gjennom funksjonell trening i kjente omgivelser. Dette er noe vi som ergoterapeuter jobber med hver dag, også i samarbeid med andre faggrupper, og derfor synes jeg det er viktig å sette fokus på og fremheve viktigheten av jobben vi gjør.

Hverdagsrehabilitering er et tema som har kommet på den politiske dagsorden og fått stor oppmerksomhet de siste årene. På bakgrunn av de positive erfaringene som er gjort blant annet i Östersund i Sverige og i Fredericia i Danmark er hverdagsrehabilitering blitt et aktuelt tema her i Norge. Med tanke på den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet i landet vårt kan hverdagsrehabilitering være et tiltak som kan bidra til en bedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene i Norge i årene som kommer. Det er også viktig å tenke på at vi i dagens samfunn går fra eldreomsorg til omsorg for alle.

Det har fram til nå vært lite beskrevet hvordan hverdagsrehabilitering innføres i norske kommuner, og hva som vektlegges i prosessen. Jeg var derfor interessert i å undersøke hvordan det jobbes med å innføre hverdagsrehabilitering i noen av de ulike kommunene i Norge som har startet med prosjekter, bakgrunnen for at de startet med prosjektene og hvilke erfaringer de har gjort seg.

1.1.1 Tidligere forskning

For å undersøke om temaet er undersøkt tidligere har jeg gjennomført flere litteratursøk. Jeg har gjennomført søk i søkemonitorene Atekst/Retriever, PubMed, OTseeker, SveMed +,

Cochrane, EBSCO, Idunn, NORART, NORA, Fagdatabase, Cinahl, Google og Google scholar. I tillegg har jeg utført søk etter forskningsartikler og bøker gjennom helsebiblioteket.no på oppsummert forskning og gjennom BIBSYS Ask. Søkeordene som ble benyttet var hverdagsrehabilitering, homerehabilitation, dayrehabilitation, everydayrehabilitation, prosjekt hjemmerehabilitering, eldre, elderly. Det ble benyttet ulike sammensetninger av ordene, trunkering og bindeord som ”and, or, not”. Når jeg søkte i ATEKST/Retriever fikk jeg opp en del artikler i ulike aviser som handlet om hverdagsrehabilitering som er nyttige. Det samme gjelder ved søk i googlescholar. I flere av de andre databasene kom det opp ulike treff når jeg brukte noen av søkeordene, men det var få relevante artikler for min oppgave. Men det er likevel noen av artiklene som kan være av interesse i forhold til å belyse fordeler og erfaringer ved rehabilitering i eget hjem.

Det at jeg har funnet minimalt med vitenskapelig forskning gjennom mine litteratursøk medvirker til at oppgavens problemstilling fremstår som relevant. Det viser at det er behov for mer forskning på dette området, spesielt med tanke på hvor fremtredende hverdagsrehabilitering er i norske kommuner i dag. Dette kan videre tyde på at det kan bli mer aktuelt i årene som kommer. I retningslinjene fra NESH (2011) pekes det på forskerens ansvar overfor samfunnet, og det påpekes at forskere skal sørge for at deres arbeid skal kunne komme samfunnet til gode, enten direkte eller indirekte.

1.2 Problemstilling

Etter at jeg hadde bestemt meg for temaet hverdagsrehabilitering begynte jeg å formulere en problemstilling, noe som er en utfordring. Det er utfordrende å utarbeide en problemstilling som ikke er for omfattende, og Silverman (2006) sier:

”Avoid the temptation to say, a little about a lot”, det er bedre å si ”a lot about little”.

Hverdagsrehabilitering er fortsatt et ganske nytt fenomen i Norge, men på bakgrunn av den store interessen og engasjementet rundt fenomenet er det nå på full fart inn i det norske samfunn. Som tidligere nevnt var jeg interessert i å undersøke hva som blir gjort, bakgrunnen for at det startes prosjekter og hvordan det jobbes med å innføre hverdagsrehabilitering i de ulike kommunene i Norge der prosjekt i forhold til hverdagsrehabilitering er i gang satt.

På bakgrunn av dette endte jeg til slutt opp med problemstillingen:

”Hva kjennetegner innføring og etablering av hjemmerehabilitering som virksomhet i tre utvalgte norske kommuner?”

For å belyse denne problemstillingen har jeg utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hva vektlegges ved innføringen av hverdagsrehabilitering i mine tre utvalgte kommuner? Hva er bakgrunnen for at det innføres? Likheter og forskjeller.
- Hvordan organiseres tjenesten og hvilke profesjoner involveres? Likheter og forskjeller.
- Hvem er målgruppen for tjenesten? Hvordan finner kommunen aktuelle deltakere og hvilke kriterier må oppfylles får å kunne delta i prosjektet? Likheter og forskjeller.
- Hvilke erfaringer og utfordringer kommer fram i fokusgruppene?

Disse forskningsspørsmålene har dannet videre grunnlag for utarbeidelsen av intervjuguiden samt temaene i analysen som jeg vil komme tilbake til under metode delen.

1.2.1 Valg av kommuner

For at jeg skulle kunne gå i dybden på problemstillingen var det nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Det er mange kommuner som har startet med prosjekter der målet er å innføre hverdagsrehabilitering i kommunen. Hvor langt de har kommet i prosessen er varierende, noen har kommet godt i gang med den praktiske delen mens andre fortsatt er i planleggingsfasen. Når jeg skulle velge ut hvilke kommuner jeg skulle kontakte valgte jeg derfor ut tre kommuner fra tre ulike landsdeler i Norge. En fra Nord-Norge, en fra Sørlandet og en fra Midt-Norge/Østlandet. Jeg visste at de ulike kommunene ikke var kommet like langt i prosessen, noe jeg så som en fordel da det kunne føre til at jeg fikk frem forskjellig informasjon i forhold til hvor de var i prosessen.

1.2.2 Begrepsavklaringer

Bruker: Det er ulike meninger om hvilket begrep som er mest passende å benytte i forhold til de personer som mottar velferdstjenester. Klient, tjenestemottaker, hjelpetrequende og bruker er noen av de begrepene som kan benyttes. I oppgaven har jeg valgt å benytte begrepet bruker

som en benevnelse på de personer som benytter seg av en eller annen form for helse-, sosial- og omsorgstjenester fra kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV (Arbeids- og velferdsforvaltninga) eller frivillige organisasjoner.

Tjenesteyter: Når det gjelder hjelpeapparatet rundt har jeg valgt å benytte fagpersonell/personell og tjenesteyter. Dette begrepet betegner de ulike institusjoner og personer som utøver tjenester som en del av bistandsapparatet eller hjelpeapparatet.

Funksjonsnedsettelse: Jeg har valgt å bruke begrepet *funksjonsnedsettelse* og *funksjonsevne* i oppgaven. I NOU 2001:22 *Fra bruker til borger* definerer de funksjonsnedsettelse og funksjonsevne som:

”Funksjonsnedsettelse eller redusert funksjonsevne forstås som tap av, skade på eller avvik i kroppsdelen eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner” (NOU 2001:22, kap 1.4.1).

Hverdagsmestring: Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring er det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag & Butli, 2012).

Selvtendighet og selvhjulpenhet: Thommesen (2010) sier at med selvtendighet menes det at vi har egne meninger og tar selvtendige valg. Selvtendighet sidestilles ofte med selvhjulpenhet, der selvhjulpenhet forstås som det å ikke være avhengig. Dette er to forskjellige ting (Ibid). Vi er alle avhengige av andre på en eller annen måte. Ser vi på vårt spesialiserte samfunn er alle avhengig av praktisk hjelp fra andre, og vi mottar daglig hjelp og tilrettelegging men tenker sjelden over det. Der er først når vi for eksempel blir alene eller hjelpen, støtten eller hjelpemiddelet ikke fungerer eller blir borte at vi får en påminnelse om hvor avhengige vi faktisk er av det rundt oss (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009). Når det oppstår utfordringer med aktivitetsutførelsen og for eksempel vaner endres, kan det påvirke en persons selvtendighet ved at de kan ha behov for bistand og tilrettelegging for å kunne klare å utføre meningsfulle aktiviteter. Selvtendigheten kan påvirkes av ulike faktorer som blant annet roller, vaner, verdier og omgivelser (Kielhofner, 2008).

1.3 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen følger først et kapittel om bakgrunn og oppgavens teoretiske fundament. Her ser jeg blant annet på rehabiliteringspolitikken i Norge, hvordan rehabilitering er organisert i kommunen og rehabilitering som prosess, samt hverdagsrehabilitering. Videre kommer et kapittel om metode der jeg har som formål å belyse forskjellige forskningsmessige aspekt i henhold til min oppgave, herunder datainnsamling og behandling av denne. Deretter kommer analysedelen i oppgaven der jeg blant annet vil belyse hva som vektlegges ved innføringen av hverdagsrehabilitering, bakgrunnen for at det innføres, hvordan tjenesten organiseres, hvilke profesjoner som involveres, målgruppen for tjenesten, holdningsendring samt fagforbundets rolle. Avslutningsvis oppsummeres de viktigste resultatene.

2.0 Bakgrunn og teoretisk grunnlag

2.1 Rehabiliteringspolitikken i Norge

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*, også kalt Rehabiliteringsmeldinga, signaliserte den nye rehabiliteringspolitikken i Norge. Den var et ledd i regjeringen sitt arbeid for å bedre kvalitet, få mer rasjonell drift og organisering, og et sterkere fokus på brukeren i helse- og omsorgspolitikken. Utgangspunktet var et brukerperspektiv, der brukernes behov skulle ligge til grunn for prioriteringer, organisering og tiltak. Målet med meldingen var å fremme selvstendighet og deltagelse, samt å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsvansker eller kroniske sykdommer. I det ligger også likeverd og lik tilgjengelighet til tjenester og tilbud uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, økonomiske forutsetninger, geografisk bosted og type funksjonsvansker. I meldingen er rehabilitering definert som:

"(...) tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemidler, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".

(St.meld.21, 1998-99)

I innledningen i St.meld. nr. 21 (1998-99) heter det at:

"Rehabiliterings- tilbodet er i dag i for stor grad prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve."

(St.meld.21, 1998-99)

Økt samhandling og koordinering av tjenestetilbudet og økt brukermedvirkning blir derfor fremhevet i meldinga. Målet er å utvikle en helhetlig politikk på rehabiliteringsfeltet som skal sikre at det arbeides mot samme mål. Det skal fokuseres på individrettede tiltak og prosesser som skal sikre at bruker i mest mulig grad får kontroll over egen rehabiliteringsprosess. Moderne rehabilitering må ta utgangspunkt i menneskets rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. I juni 2001 kom forskrift om habilitering og rehabilitering som en oppfølging av flere av de forhold som var tatt opp i St.meld. nr. 21. Her pålegges kommunene og spesialisthelsetjenesten å opprette koordinerende enheter (§8 og §13). Hensikten med bestemmelsene er at det regionale helseforetaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for og på denne måten bygge opp faste kontaktpunkt for informasjon og samarbeid på begge nivåer.

Dagens velferdspolitikken bygger på at alle skal ha like muligheter, rettigheter og plikter til å delta i samfunnet og bruke sine ressurser, uavhengig av økonomisk og sosial bakgrunn. Grunnleggende verdier innen velferdspolitikken er rettferdighet, god fordeling og utjamning. Det ønskes å føre en politikk som reduserer forskjellene i samfunnet og sikrer at alle kan delta aktivt i fellesskapet med sine ressurser. Målet er å gi alle mennesker, uavhengig av bosted, mulighet til å utvikle sine evner og leve meningsfylte liv. Regjeringens oppgave er å styrke, fornye og videreutvikle velferdssamfunnet, da en effektiv og godt utbyggt velferdsstat kan være med på å sikre verdiskapningen til innbyggerne (St.mld.21, 1998-1999).

2.1.1 Rehabilitering i kommunen

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært i kontinuerlig utvikling fra innføringen av velferdsstaten og fram til i dag. Det har vært en økende utvikling innen helse- og omsorgssektoren de siste 30 årene, med omfattende sosialpolitiske reformer som har medført en økende kommunalisering av tjenester (Disch og Vetvik, 2009). I juni 2009 kom St.meld. nr. 47 (2008-2009) ”*Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted- til rett tid*”. Målsettingen med denne reformen var blant annet å styrke samhandlingen mellom statlige og kommunale helsetjenestetilbud. I likhet med St.meld. nr. 25 (2005-2006) ”*Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*”, gir meldingen den kommunale helse- og omsorgstjenesten utfordringer spesielt knyttet til kompetansebygging, rekruttering og forebyggende arbeid. I utredningen ”*Innovasjon i omsorg*” (NOU 2011:11) som er en

utredning som bygger videre på de to foregående stortingsmeldingene (St.meld. nr. 25 og 47), forespeiles det en ny omsorgspolitik der helse ikke lenger er hovedelementet, men livets hele spekter. Det er ikke lenger brukernes helsesituasjon som skal være utgangspunktet i en rehabiliteringsprosess, i stedet er det kultur, teknologi, trening, lek og latter, hjernetrim, bolig og omgivelser som skal være utgangspunktet. I denne meldingen nevnes begrepet hverdagsrehabilitering som en metode som anvender disse elementene som utgangspunkt.

I Rehabiliteringsmeldingen (1998-1999) kom det klart fram at kommunen skal ta et større ansvar for at rehabiliteringstilbudet blir tilfredsstillende for brukerne. 24. juni 2011 kom det en ny helse-og omsorgstjenestelov der kommunenes overordnende ansvar for helse-og omsorgstjenester blant annet er å sørge for at personer som oppholder seg i den enkelte kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det stilles krav om at kommunen blant annet skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, utredning, diagnostisering og behandling, og sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, jf. § 3-2). Det skal gjennom hele rehabiliteringsprosessen være fokus på at brukerne skal få den nødvendige hjelp de har behov for. De er derfor avhengige av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. En utfordring i forhold til dette er at det er ikke alltid at den ekspertisen brukerne har behov for finnes i den enkelte kommunen. Samhandling mellom kommuner er derfor viktig for å sikre at brukerne får den hjelpen de har krav på. Mange kommuner opplever i dag at de ikke alene klarer å løse de nye oppgavene som er pålagt dem innen de budsjettammer som eksisterer. De må derfor se etter alternative løsninger og samarbeidspartnere. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kommer det tydelig frem at kommunene selv må ta ansvar for å samarbeide med andre etater, og inngå interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig for å innhente best mulig kompetanse.

2.1.2 Koordinerende enhet

I St.meld. nr.14 (2002-2003) *Samordning av aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*, tydeliggjøres behovet for å bedre samarbeidet og koordineringen mellom ulike instanser innen offentlig virksomhet:

”Offentlig virksomhet er til for brukerne, og organiseringen må skje ut fra brukernes behov. Det innebærer blant annet at brukerne skal ha lett tilgang til tjenestene uten å måtte sette seg inn i forvaltningens interne organisering” (ibid).

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) pålegger kommunene at:

”Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering” (ibid §6).

For kommunene har bestemmelsen hatt særlig betydning for å sikre kontinuitet i det samlede rehabiliteringstilbudet for den enkelte bruker av tjenesten. Kravet innebærer at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for rehabilitering. Forholdene skal ligge til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige behov for re-/habilitering til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer. Bestemmelsen skal legge til rette for at behovene til den enkelte bruker blir fanget opp, sett i sammenheng med hverandre, og at aktuelle tjenester blir forberedt og satt i gang så tidlig som mulig (ibid §9 og §14). I forhold til hverdagsrehabilitering har koordinerende enhet en sentral rolle i flere kommuner da det er den som er med og fatter vedtak på hvilke tjenester de ulike brukerne skal ha. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom de som jobber ved tildelingskontoret og de som jobber med hverdagsrehabilitering.

2.1.3 Samhandlingsreformen

”Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen” (St.meld. nr. 47, 2008-2009:14).

Som tidligere nevnt handler samhandlingsreformen om større grad av samhandling i helse- og omsorgssektoren. Samhandling defineres som:

”(…) helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld.nr.47, 2008-2009:13).

For å sikre mer effektivitet, mer samarbeid og bedre helse- og omsorgstilbud for Norges befolkning anbefaler samhandlingsmeldingen fem hovedgrep. Det første er klarere pasientrolle, som innebærer pasientens rett til medvirkning og individuell plan, samtidig som det skal utvikles og etableres helhetlige pasientforløp. Det andre er kommunens nye rolle i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. En større del av veksten i helsebudsjettene fremover skal komme i kommunene. Som rehabiliteringsmeldingen, anbefaler også samhandlingsmeldingen at det er kommunene som skal ha ansvaret for at helhetstenkningen og innbyggerne i kommunene ivaretas. Brukerne skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. For å sikre dette må de helhetlige behandlingsforløpene effektiviseres. Det er viktig med tidlig diagnostikk, forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Den tredje anbefalingen er å etablere økonomiske insentiver som skal understøtte de ønskede endringene. Et av tiltakene som foreslås her er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, noe som betyr at kommunen betaler en andel av kostnadene ved å behandle en pasient på sykehus. Målet med dette er at kommunen i sterkere grad vurderer egen innsats overfor sine innbyggere, og at ferdigbehandlede brukere tidligere kan reise tilbake til sin hjemkommune. Den fjerde anbefalingen er i forhold til spesialisthelsetjenesten. I dag brukes alt for mye av innleggelsestiden på omsorg/sykepleie, noe som fører til at den spesialiserte kompetansen ikke blir godt nok utnyttet. Thommesen (2010) sier at målet må være at spesialisthelsetjenesten skal opptre som spesialister og kommunehelsetjenesten skal være generalister og drive forebyggende og pleiende virksomhet. Den femte anbefalingen handler om å tilrettelegge for tydelige prioriteringer. Målet er at prioriteringene som tas skal ta utgangspunkt i helheten i pasientforløpene og ikke deltjenester i slike forløp.

2.1.4 Rehabilitering som prosess

Ordet prosess betyr blant annet naturlig utvikling gjennom flere stadier. I et rehabiliteringsperspektiv passer denne definisjonen bra da ordet prosess i så henseende peker på det forløpet det enkelte individ gjennomgår og sammenhengen de ulike instansene inngår i, og som det knyttes forventninger til. Denne prosessen drives framover ved samhandling mellom de som yter bistand, med det som mål å oppnå utvikling eller forandring. Prosessene i rehabiliteringssammenheng skal i følge definisjonen være tidsavgrensede prosesser. Dette betyr at det skal settes tidsrammer for prosessen, noe som muliggjør evaluering av de mål og

virkemiddel som inngår i prosessen (Normann, Sandvin og Thommesen 2009).

2.2 Hverdagsrehabilitering

Ideen om hverdagsrehabilitering startet i Östersund i Sverige i 1999. I de senere årene har danskene vært ivrige bidragsytere, og i dag er prinsippet innført i flere svenske og danske kommuner.

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at:

”Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning” (§ 3-3).

Det er dette hverdagsrehabilitering handler om. Hverdagsrehabilitering er noe mer enn å bo lengst mulig i eget hjem. Det handler om å se den enkelte person som en ressurs som både kan og vil delta i sitt eget liv lengst mulig. Hverdagsrehabilitering er en ny måte og tenke på, og er langt mer omfattende enn den rehabiliteringen mange kommuner har per i dag. Hverdagsrehabilitering handler om å gå fra passiv pleie til aktiv innsats, der målet er at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpen i hverdagslivet sitt. Istedenfor bare passivt å sette inn kompensierende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mye ressurser i starten (NOU 2011:11). Det baseres på en intensiv innsats i oppstarten og en gradvis avvikling av opptrening ettersom aktivitetsfunksjonene bedres (Thyness, 2012). Treningen foregår i hovedsak i eget hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.

For å sikre dette er målet at det skal etableres et tverrfaglig team, i hovedsak bestående av ergo- og fysioterapeut og sykepleier/ansatte i hjemmetjenesten, rundt hver enkelt bruker for å sikre kontinuitet hele døgnet og hele uken. Siden innsatsen er tverrfaglig og rehabiliteringen foregår hele døgnet og hele uka, vil brukerne få et langt mer omfattende tilbud enn de gjør i dag. Hverdagsrehabilitering starter med at brukeren stilles spørsmålet *”hva er det som er viktig for deg nå? Hvilke aktiviteter er viktige for deg å klare?”*. Hva brukerne legger i det å

være selvhjulpen varierer. For noen er det viktig å være selvhjulpen i ADL-aktiviteter¹ mens for andre er det viktig å kunne delta på aktiviteter sammen med andre. Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Som metode og faglig tilnærming tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål er utgangspunktet for tjenesten som leveres. I større grad enn i de tradisjonelle tjenestene er brukerne med på å beskrive og definere hva som er vesentlig for å kunne oppnå mestring i eget liv.

Det er i dag flere norske kommuner som har startet opp med prosjekt som omhandler å innføre hverdagsrehabilitering. Hvor langt de har kommet i prosessen er varierende, noen har kommet godt i gang med den praktiske delen mens andre fortsatt er i planleggingsfasen. Hvordan det innføres og hva som vektlegges varierer, og alle kommuner utvikler sine egne modeller. Det som er likt for alle er at hverdagsrehabilitering inkluderer utvikling av et helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tankesett, og krever bevisstgjøring og opplæring av hjemme- og pleiepersonell.

Kort oppsummert kan man si at hverdagsrehabilitering handler om et fokusskifte som går fra:

- sen innsats til tidlig intervensjon
- behandling til tidlig oppsporing
- pleie til forebygging
- informasjon til motivasjon og brukerstyring
- passivisering til aktivisering
- hjemmehjelp til hjemmetrening

¹ ADL (Activities of Daily Living) er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter som blant annet egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi m.m (Tuntland, 2006).

² At registeret er pseudonymt betyr at navn og adresse ikke finnes i registret.

2.2.1 Östersund-modellen

Östersund kommune startet sin satsing på ”hemrehabilitering” allerede i 1999 og de blir derfor løftet fram som en eksempelkommune på rehabiliteringsfeltet, og de har vunnet flere priser for sin innsats med hjemmerehabilitering. I en periode med trang økonomi valgte kommunen å satse på å utvikle en ny omsorgsmodell med hjemmet som arena for brukernes opptrening etter et funksjonsfall eller et sykdomsforløp. Maritha Månsson, medisinsk ansvarlig og drivkraften bak Östersund-modellen, sier at:

”Träningen går ut på att hjälpa den som blivit sjuk att själv klara vardagligasyslor. På så sätt får människor bibehålla sitt oberoende, bo kvar hemma och sköta sig själva. Arbetssättet tar vara på vårdtagarens egen vilja och kraft. Det er ett rehabiliterande förhållningssätt der utgångspunkten skall vara att ha en stödjande, intehjälpande inriktning. Att väcka individens intresse för sina egna resurser och möjligheter, att uppmuntra till egen problemlösning och eget handlande” (Månsson, 2007:12).

Hun legger stor vekt på at det er brukeren som skal settes i sentrum og at det er brukers egne mål, ønsker og behov som skal være utgangspunktet for den hjelpen som gis.

Videre sier hun at hemrehabilitering inkluderer ulike tjenester, da særlig ”*specifik rehabilitering*” og ”*vardagsrehabilitering*”. Forskjellen på disse to tjenestene er at *specifik rehabilitering* er tidsavgrensede og målrettede tiltak som i hovedsak utføres av ergoterapeuter og fysioterapeuter, og inkluderer en mer utdypet kunnskap om sykdom, skade, behandling og trening. Mens innen *vardagsrehabilitering* er målet å oppnå et felles tankesett om å fremme mestring i hverdagen hos den enkelte bruker blant helsepersonellet, der ergo- og fysioterapeuter veileder helsepersonellet i hjemmetjenesten til ikke å ta over de funksjoner den enkelte har, men heller støtte opp om brukernes ressurser og deltakelse i hverdagssituasjoner. Tjenesten man får gjennom *specifik rehabilitering* har ofte sin forankring i kommunens rehabiliteringstjeneste, mens den type tverrfaglig samarbeid man får gjennom *vardagsrehabilitering* ofte er forankret i hjemmetjenesten.

2.2.2 Fredericia-modellen

Fredericia kommune blir betegnet som en foregangskommune innen hverdagsrehabilitering da de helt fra oppstarten av prosjektet har dokumentert hele prosessen med etablering av hverdagsrehabilitering i sin kommune. De har hentet sin forståelse fra Östersund og har

videreutviklet sin egen modell for hverdagsrehabilitering som i dag er kjent som ”Fredericia-modellen”. I følge Digmann (2010) betegnes Fredericia kommune som Danmarks mest innovative kommune på velferdsområdet.

Bakgrunnen for modellen er prosjektet ”*Længst muligt i eget liv*” som de begynte med i 2008. Prosjektet forespeilet et paradigmeskifte i eldreomsorgen da målet var at brukerne skulle styrkes i å klare seg selv. Tanken var at hvis eldre som har behov for personlige tjenester kunne få den nødvendige hjelpen de trengte for å opprettholde sin funksjon, og dermed ble i stand til å mestre hverdagen på egenhånd, ville det gagne både brukerne og samfunnet. Brukeren ville bevare kontroll over eget liv, mens samfunnet ville kunne bruke disse ressursene til andre formål. Formålet var at fokuset skulle bli rehabilitering og forebygging framfor klassisk pleie, i møtet mellom bruker og kommune. Målet med prosjektet var å sette innbyggere med pleie- og bistandsbehov i stand til selv å klare hverdagen, bli selvhjulpne og dermed kunne bli så lenge som mulig i eget liv. Omsorgstjenestene ble lagt om til ”*Trening i stedet for pleie, selvhjelp i stedet for hjemmehjelp*” (Kjellberg, 2011). I praksis gikk prosjektet ut på at innbyggere som første gang henvendte seg til kommunen med anmodning om personlig eller praktisk hjelp, ble møtt av et tverrfaglig team, som målrettet jobbet mot at brukerne ble i stand til å klare seg selv. Kommunen satset på å gi omfattende faglig kartlegging og massiv bistand i starten, enten ved utskrivning fra sykehus eller når brukeren søkte praktisk og personlig bistand. Personell i hjemmetjenesten fikk opplæring som hjemmetrenere, og fikk deretter oppgaven med opptrening under faglig veiledning for å gjøre den enkelte selv i stand til å klare oppgaver i hverdagen, som de ikke hadde klart den siste tiden på grunna av sykdom eller skade. Utgangspunktet for opptreningen var brukernes egne mål, enten det var å klare å kle på seg, lage mat, gå tur med hunden eller delta i aktiviteter utenfor hjemmet.

Et viktig mål med dette prosjektet var tidlig oppsporing og forebygging. Ved å tidlig fange opp signaler om begynnende sykdom eller svekkelse, kan en i mange tilfeller spare et menneske for et langt sykdomsforløp. Omleggingen av omsorgstjenestene i Fredericia omfattet utover dette et fast hjemmebesøk ved utskrivning fra sykehus, bruk av ny velferdsteknologi og et sterkt fokus på opplæring og informasjon til innbyggerne. Målet var at kunnskapen til personellet innen helse- og omsorgstjenesten skulle deles med brukere og innbyggere.

2.2.3 Mestring

Mestring er et sentralt nøkkelord innenfor rehabiliteringsfeltet, og ikke minst i forhold til hverdagsrehabilitering, da mestring er viktig i forhold til muligheten til å leve et selvstendig liv. Vifladt og Hopen (2004) sier at:

”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og sette deg i stand til å se forskjellen på det du kan leve med og det du selv kan være med på å endre”.

Man kan se at det er klare sammenhenger mellom fysiske, sosiale og kognitive dimensjoner som kan påvirke en persons opplevelse av mestring og selvfølelse. For eksempel så kan fysiske forhold som funksjonshemminger, sykdom og medisiner redusere muligheten for sosial deltagelse på bestemte arenaer, noe som igjen kan påvirke en persons selvfølelse (Ekeland & Heggen, 2007). I en rehabiliteringsprosess er det derfor viktig at det tas utgangspunkt i brukerens ønsker, behov og ressurser når det utarbeides tiltak. Det er viktig at mestring knyttes til forhold i livet som har spesiell verdi for den enkelte (Bredlang, Linge og Vik, 2006). I rapporten *”Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering”* (Ness et.al, 2012) trekkes mestring frem som et sentralt nøkkelord innen hverdagsrehabilitering. De har valgt å kalle det styrende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering for hverdagsmestring. Dette er veldig sentralt innen hverdagsrehabilitering, da det er brukeren ønsker og behov som står i fokus.

2.2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er også et sentralt begrep innen hverdagsrehabilitering, da brukermedvirkning er viktig i forhold til å skape en god relasjon mellom bruker og tjenesteyter. Det er brukerne som er eksperter på seg og sitt liv, og derfor må de i samarbeid med tjenesteyterne, delta aktivt i rehabiliteringsprosessen slik at man kan finne frem til tilfredsstillende og hensiktsmessige løsninger. De har en kompetanse vi som helsepersonell ikke har, en kompetanse som er avgjørende for å jobbe effektivt mot et felles mål (Bredland, Linge og Vik, 2006). Vi som tjenesteytere kan gi råd og bidra med kompetanse som brukerne trenger, men det er brukerne selv som bestemmer målene og prioriteringene. I følge Bredland, Linge og Vik (2006) er det brukeren selv, så langt det er mulig, som skal ha hovedansvaret i sin egen rehabiliteringsprosess ut fra sine egne forutsetninger. Det må utarbeides individuelle

mål og tiltak i forhold til brukerens behov, motivasjon og interesser. De sier videre at rehabilitering ikke kan gjennomføres som standardiserte pakkeløsninger, da en persons verdier, roller og verdighet er individuelle forhold og kan ikke generaliseres. Det er dette som er essensen når det jobbes med hverdagsrehabilitering, da det er brukerens egne verdier og ressurser det tas utgangspunkt i når det utarbeides tiltak.

2.2.5 Empowerment

I en rehabiliteringsprosess handler det mye om å ta tilbake kontrollen over eget liv, og begrepet empowerment er blitt et sentralt begrep i dagens helse og velferdspolitik. Målet med empowerment er å få makt, styring og kontroll i eget liv (Eggen, 2010). Empowerment handler om å gi mer makt til brukeren, eksempelvis ved å gi individet større selvtillit og økte kunnskaper og ferdigheter. Det skal gi makt og kraft, og individets forutsetninger for å styre sitt liv etter egne mål og behov styrkes. Askheim (2007) sier at begrepet er langt fra entydig og brukes av forskjellig politiske retninger med forskjellige grunnlag for de som bruker det. Fordi begrepet brukes på så forskjellige måter kan det virke uklart, selv om det er enighet om at begrepet er positivt (ibid). Gjennom terapi skal den enkelte settes i stand til å nå sine mål, og dette kalles terapeutisk individuell empowerment. Samtidig som det jobbes for at den enkelte bruker skal oppleve at han/hun har makt i forhold til sin sykdom, så blir den enkelte også ansvarliggjort. Det å vise folk med en funksjonsnedsettelse at de har et valg i alle situasjoner og bevisstgjøre dem på hvilke mål de har, kan gi de muligheten til å oppleve mestring i hverdagen til tross for sykdom. På bakgrunn av dette kan man derfor si at empowerment er et sentralt begrep innen hverdagsrehabilitering.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg ta for meg valg av metode. Allerede ved planleggingen av hva man vil skrive om begynner gjøres metodiske valg. Vanligvis starter man med en problemstilling og velger ut i fra denne om en kvalitativ eller kvantitativ metode skal benyttes for å belyse problemstillingen. Samfunnsvitenskapelig metode har til hensikt å vise hvordan vi kan gå frem for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan vi går frem i analyse og hva den forteller oss om forhold og prosesser (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2010).

Ved valg av metode står problemstillingen og formålet med studien sentralt. Mitt valg falt på å bruke en kvalitativ tilnærming for min studie, da formålet med min studie er å finne ut hvilke erfaringer som har blitt gjort og hvilke meninger som eksisterer rundt hvordan hverdagsrehabilitering innføres i Norge. Siden hverdagsrehabilitering fortsatt er et nytt fenomen i Norge ønsker jeg å undersøke hva som er tanken med innføring av det i Norge og hvordan dette gjøres. Thagaard (2009) sier at ved å bruke kvalitativ metode kan forskeren gå i dybden på de fenomen de ønsker å undersøke. Da kvalitative studier ikke viser hvor mange eller hvor lenge, men viser informantenes forståelse slik den kommer frem, ble det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Hensikten med en kvalitativ tilnærming er å kunne gi en dypere forståelse av det som undersøkes (Bengtsson 2006).

Widerberg (2001) sier at kvalitativ forskning er innholds søkende, og at den kvalitative forskeren stiller seg spørsmål som "hva betyr *det* og hva handler *det* om?". I følge Johannesen, Tufte og Kristoffersen (2006) er fenomenologisk filosofi læren om "det som viser seg", det vil si tingene eller begivenhetene slik de "viser seg" eller "framtoner" seg for oss, slik de umiddelbart oppfattes av sansene. Som *kvalitative design* betyr en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker, deres erfaringer med og forståelse av, et fenomen. "*Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer*" (Thagaad 2009). Svenaeus (2005) sier at fenomenologien er en måte å studere det empiriske materialet på, med den hensikt å fremheve informantenes opplevelser og personlige erfaringer.

3.1 Utvalg

Det er mange kommuner som allerede har startet med innføringen av hverdagsrehabilitering i sine kommuner, det var derfor viktig for meg å få en oversikt over hvilke kommuner som var

i denne fasen av prosjektet. Jeg gjorde et strategisk utvalg da jeg bestemte meg for å velge ut tre kommuner samt ett fagforbund, og at jeg ønsket å finne tre kommuner på ulike steder i Norge. I følge Johannesen (2006) vil strategisk utvelging si at forskeren har bestemt seg for hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot for å samle nødvendige data. Videre sier de at hvilke kriterier som skal legges til grunn for rekrutteringen og hvor mange informanter som skal være med ikke er lett å bestemme på forhånd. Jeg hadde på forhånd bestemt at jeg ønsket å intervju 8-12 personer, og at dette skulle være sentrale aktører, og flest mulig fagpersoner, fra prosjektgruppene som jobbet med prosjektet i forhold til hverdagsrehabilitering i de ulike kommunene. Dette måtte være personer som hadde innsikt i arbeidet med og etableringen av hverdagsrehabilitering, og som hadde vært med i prosessen fra starten av. Jeg ønsket også å intervju en representant fra et fagforbund siden de er sentrale pådrivere i forhold til innføringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Det er gjennomført ett individuelt intervju og tre fokusgruppeintervju, og det var tilsammen 10 personer som ble intervjuet.

Jeg fikk godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) før jeg tok kontakt med aktuelle informanter. Jeg ringte lederne for prosjektene i de aktuelle kommunene for å undersøke om jeg kunne sende dem en mail med informasjon om prosjektet, så de kunne vurdere om de var interesserte i å delta. Det var en kommune der jeg ikke lyktes å få kontakt med lederen på forhånd, da jeg hadde misforstått hvem som var leder for prosjektet, så jeg sendte en mail med informasjon og forespørsel om de kunne tenke seg å delta. Det samme gjorde jeg til fagforbundet. Jeg fikk positiv respons fra alle og de ønsket å stille opp til intervju. Det var lederne i de ulike kommunene som avgjorde hvilke personer som var aktuelle til å delta i intervjuene. Dette kan kalles for snøballmetoden, der informanter rekrutteres ved å forhøre seg om hvilke personer som vet mye om temaet som undersøkes, og som derfor bør intervjues (Johannesen, Tufte & Kristoffersen, 2006). Videre avtalte vi hvilket tidspunkt som passet at jeg kom og gjennomførte intervjuene i de ulike kommunene. Jeg sendte også over informasjonsskriv og samtykkeerklæring på mail som alle informantene fikk (vedlegg nr.2).

Alle de utvalgte kommunene er ulike i forhold til geografi, kommunestruktur og populasjon. De har bystatus med over 20 000 innbyggere, og antall innbyggere i de tre kommunene varierer fra 29 000 til 50 000.

3.2 Gjennomføring av intervjuene

I denne undersøkelsen har jeg brukt semistrukturert intervju da det er intervjuobjektene reflekser og erfaringer som skal frem. I semistrukturert intervju er ikke spørsmålsformuleringen nøyaktig nedtegnet, men formulert i form av stikkord eller beskrivelser som intervjueren skal ta utgangspunkt i når han formulerer spørsmålet (Johannesen et.al, 2006). Ryen (2002) sier at det er viktig at strukturen i intervjuet ikke blir for stram, da det kan føre til at forskeren ikke fanger opp det som informanten sier og som har betydning for samtalen videre. Hun sier videre at for stram struktur kan ekskludere konteksten ved intervjuet, og at noe av det sentrale ved kvalitative intervju da blir borte (Ryen 2002). Widerberg (2001) sier at formålet med et kvalitativt intervju er å benytte seg av den unike samtalen og relasjonen som skapes mellom forsker og informanten når de møtes. Informanten gis anledning til å trekke inn nye problemstillinger, og intervjueren kan følge opp svar og problemstillinger som måtte dukke opp underveis.

Jeg utarbeidet en intervjuguide for å ha en oversikt over områdene jeg ønsket å belyse, og for å sikre at de spørsmålene jeg ønsket svar på ble stilt (Vedlegg nr.3). Det ble utformet noen spørsmål innenfor hovedkategorier som jeg mente var aktuelle i forhold til problemstillingen. Jeg fulgte ikke alltid denne punktvis eller i den rekkefølgen den var satt opp. Hva som ble vektlagt i de ulike intervjuene var avhengig av hvem som ble intervjuet. Med en intervjuguide styrer forskeren intervjuet med noen få overordnede temaer som viser til essensen i prosjektet, men som likevel lar informanten relativt fritt dele sine erfaringer (Silverman, 2006). Ved kvalitative undersøkelser er interaksjonen mellom informant og forsker viktig, og gjennom den interaksjonen vil både forsker og informant utvikle ny kunnskap og bevissthet som kan påvirke samtalen, noe som kan føre til at fokuset endres underveis. Jeg ønsket derfor at spørsmålene skulle være så åpne at de ga rom for informanten til å fortelle det hun/han mente var aktuelt. Intervjuguiden min søkte å få fram meninger, holdninger, vurderinger, erfaringer, kunnskap, eventuelle dilemmaer og reflekser rundt prosjektet.

3.3 Fokusgruppeintervju

Intervjuene ble holdt på arbeidsstedet til prosjektgruppene i de ulike kommunene. Intervjuet med fagforbundet ble gjort via skype. Som tidligere nevnt ble det gjennomført ett individuelt intervju og tre fokusgruppeintervju, og det var tilsammen 10 personer som ble intervjuet. Under er det laget en oversikt over hvem som deltok i intervjuene i de ulike kommunene.

Tabell 3-1 hvem som deltok i intervjuene kommunene

Kommune	Deltagere
Kommune Nord	<ul style="list-style-type: none"> • 2 personer fra prosjektgruppa deltok på intervjuet - Prosjektleder - Leder for hjemmetjenesten som også er sykepleier i det tverrfaglige teamet
Kommune Øst	<ul style="list-style-type: none"> • 2 personer fra prosjektgruppa deltok på intervjuet - Prosjektleder - Ergoterapeut
Kommune Sør	<ul style="list-style-type: none"> • 5 personer fra prosjektgruppa deltok på intervjuet - 2 ergoterapeuter - 2 fysioterapeuter - 1 spesialhjelpepleier

Alle informantene ga samtykke til å bruke opptak, og jeg tok notater underveis. Dette informerte jeg om på forhånd. Kvaliteten på alle opptakene var god og utstyret var lett å bruke. Intervjuguiden hadde jeg gruppert med emner med noen spørsmål og underspørsmål. Jeg valgte å starte med spørsmål rundt prosjektet, bakgrunnen for at de startet med det, organisering, finansiering osv. Deretter spurte jeg om deltagerne i prosjektet. Ellers ble spørsmålene stilt ettersom det passet med samtalen, uten å følge noen spesiell rekkefølge. Før jeg avsluttet intervjuene ble alle spurt om det var noe mer de ønsket å si eller utdype som de mente var viktig som ikke var tatt opp eller kommet frem. Til slutt så jeg fort over intervjuguiden og notatene for å se om jeg hadde fått med meg alt, eller om det var noe jeg var usikker på eller lurte på.

En av grunnene til at jeg valgte å gjennomføre fokusgruppeintervju i de ulike kommunene var for å få samlet flest mulig deltagere og få mest mulig informasjon på kort tid. En annen grunn var at jeg ønsket å få fram deres erfaringer og meninger rundt prosjektet de var i gang med gjennom at de kunne fortelle om det, diskutere med hverandre, og supplere hverandre gjennom intervjuet. En fordel ved å bruke fokusgruppeintervju er at det nyter godt av en gruppedynamikk som kan føre til at man får hentet fram mer informasjon, og får fram andre refleksjoner enn man gjør i individuelle intervju. Mye av grunnen til dette er at

fokusgruppeintervjuene som oftest vil ha en uformell form, noe som fører til at deltakerne lettere får mulighet til å komme med egne tema og innspill. Fokusgrupper er særlig velegnet til å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelser i grupper gjennom gruppens beretninger, vurderinger og forhandlinger. Kombinasjonen av gruppeinteraksjon og forskerbestemt emnefokus, er fokusgruppers kjennetegn (Morgan, 1997). Deltagerne var engasjerte og ivrige til å fortelle om prosjektet. Det kom fram mange synspunkter, erfaringer og eksempel på hendelser gjennom intervjuene, og jeg opplevde at deltagerne delte mye med meg.

3.4 Analyse av data

”Analysen av data er en prosess der man prøver å ordne data slik at de får struktur og dermed blir lettere tilgjengelig for tolkning. Tolkning av data er en begrunnet vurdering av data i forhold til de problemstillinger som tas opp i oppgaven” (Repstad, 2007:93)

Analysen er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle oss (Dalland, 2001). Det er en kontinuerlig prosess som skjer underveis, både i selve intervjusituasjonen, transkriberingen, samt når en kategoriserer. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Jeg transkriberte intervjuene rett etter at de var gjennomført, og da ble det naturlig å skrive ordrett hva de sa. Dette har vært en fordel når jeg har leste og analysert intervjuene senere, da det følte som om at jeg hørte informantens stemmer akkurat med de ord og uttrykk som den enkelte brukte. Det kan være vanskelig å tolke riktig, å forstå informantens mening, og få fram nyanser i språket. Kroppsspråket og toneleiet er viktig fordi det understreker det verbale språkets betydning. Derfor valgte jeg å transkribere intervjuene fortløpende, slik at jeg hadde intervjuene friskt i minne. Jeg gikk også tilbake og lyttet flere ganger på lydopptakene om jeg var i tvil. Etter hvert enkelt intervju skrev jeg refleksjonsnotater for å få ned mine tanker og erfaringer som jeg gjorde meg gjennom intervjuet.

Bengtsson (2006) sier at behandling av empiriske data alltid innebærer seleksjon, og at det er et spørsmål om hva som skal med, og hva som ikke skal med. Problemstillingen gir en naturlig seleksjon i forhold til hva som er relevant og vesentlig å løfte frem. Jeg startet analysearbeidet med å lese intervjuene flere ganger for å prøve å finne meningene de ulike

informantene la fram. Etter å ha gjort dette lagde jeg meg kategorier med utgangspunkt i innsamlede data. De overordnede temaene mine ble i utgangspunktet basert på de utarbeidede forskningsspørsmålene og ble derfor delt inn i *innføring, økonomi, organisering og utfordringer*. Under disse overordnede temaene laget jeg igjen undertema basert på hva som kom frem gjennom intervjuene. Videre laget jeg matriser med de ulike temaene for hvert enkelt intervju for å organisere dataene og for få en bedre oversikt over hva som ble sagt og betydningen av det. Dette gjorde det enklere for meg å tolke dataene etterpå. Etter hvert begynte jeg å koble teori opp mot dataene. Ryen (2002) sier at når teori springer ut av dataene kalles det induktiv analyse. Denne metoden kalles også konstant komparativ metode og ble utviklet av Glaser og Strauss i det de kalte erfaringsbasert teori, "*grounded theory*". Dette begrepet indikerer at teori ble utviklet fra data inndelt i kategorier og ikke omvendt (Ryen, 2002). Det å inducere, betyr å føre inn i, går i korthet ut på at man trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (Johannesen et.al, 2006). De påpeker at idealet om å smelte sammen teori og empiri ikke alltid er lett å oppfylle. Det er derfor viktig å ha en pragmatisk tilnærming, der man gjennomfører undersøkelsen med sikte på best mulig å kunne besvare undersøkelsens forskningsspørsmål (ibid).

3.4.1 Anonymisering

Lydopptakene og notatene som er tatt underveis vil bli slettet og makulert når arbeidet med oppgaven er ferdig. For å sikre at informantene var anonyme valgte jeg å kalle de ulike kommunene for kommune Sør (S), kommune Øst (Ø), kommune Nord (N) og fagforbundet (F) når jeg jobbet med analysen.

3.5 Validitet og reliabilitet

Silverman (2006) sier at kvalitative metoder må underkastes en kritisk drøfting når det skal vurderes om konklusjonene er gyldige og til å stole på. Reliabilitet handler om å minimere feil og kvalitetssikre de dataene som vi skal bruke i forskningen (Ringdal, 2007). Validitet sier noe om hvor godt man måler det som man har til hensikt å måle (Gripsrud, 2010). Jacobsen (2003) skisserer tre spørsmål man kan stille seg når man skal drøfte dataenes gyldighet og pålitelighet;

1. Har vi fått tak i det vi ønsket å få tak i (intern gyldighet)?
2. Kan vi overføre det vi har funnet til andre sammenhenger (ekstern gyldighet)?
3. Kan vi stole på de dataene vi har samlet inn (pålitelighet)?

I denne oppgaven er det erfaringene som de ulike intervjupersonene i kommunen har gjort seg fram til nå jeg er ute etter. Gjennom å bruke intervjuguiden som jeg utarbeidet på forhånd fikk jeg svar på alle de spørsmålene jeg ønsket, i tillegg til at det kom frem mange andre verdifulle opplysninger. Jeg har jobbet slik at det skal være mulig å etterspore det som er skrevet, og jeg har hele veien forholdt meg til dataene som er samlet inn. Hvis det var noen begreper eller noe annet som jeg ikke forsto fikk jeg det forklart av informantene for å unngå misforståelser i intervjuet. Jeg vil etter beste evne være tro mot informantene og gjengi deres uttalelser, erfaringer og opplevelser på en måte som reflekterer den virkelighet de ga meg innblikk i ved å la meg få intervju dem. Jeg har forholdt meg til den informasjonen jeg fikk fra informantene både gjennom intervjuene, transkriberingen og analysearbeidet. Hensikten er at andre kan nyttiggjøre seg de erfaringene som har kommet frem gjennom oppgaven i sitt videre arbeid med hverdagsrehabilitering.

4.0 Fagforbundets rolle og meninger

I dette kapittelet har jeg tatt for meg hvilke tanker og meninger fagforbundet har rundt hverdagsrehabilitering, hvordan de har jobbet med å bidra til at det blir innført i norske kommuner og hvilke tanker de har om den videre utviklingen.

4.1 Hvordan de har jobbet med å innhente og spre kunnskap om hverdagsrehabilitering

Fagforbundet begynte allerede å engasjere seg i forhold til hverdagsrehabilitering i 2008/2009. De begynte med å innhente kunnskap ved å søke i databaser og på google scholar. Videre hentet de erfaringskunnskap fra Danmark og Sverige ved at de har vært på studieturer til både Danmark og Sverige, samt at de har hatt jevnlig kontakt med danske fagforbund og de har hatt et møte med den danske sosialstyrelsen. De så tidlig at de måtte være med som drivkraft for å drive dette fram i Norge. En av grunnene til at de ønsket å være med å drive frem dette var at de så at arbeidsformen i hverdagsrehabilitering matchet godt modellen i Samhandlingsreformen der man gikk fra ord til handling, og de så at hverdagsrehabilitering kunne være med å bidra til at kommunene lettere kunne klare å imøtekomme disse kravene. For å kunne drive dette arbeidet videre måtte hverdagsrehabilitering forankres på høyere nivå. De tok derfor direkte kontakt med kommunal- og regional ministeren og statssekretæren i

helse- og omsorgsdepartementet. Videre hadde de møte med Helsedirektoratet, samt med andre samarbeidsorganisasjoner for å engasjerer flere til å drive dette fram.

Når de skulle begynne å formidle kunnskapen om hverdagsrehabilitering til interesserte samarbeidspartnere startet de det hele med å invitere til et åpent frokostseminar i april 2011. Der så de at interessen rundt temaet var stor. Videre har de hatt en sentral rolle i forhold til å formidle kunnskapen de har om hverdagsrehabilitering og hvordan vi kan innføre dette i Norge. De har kalt det Prosjekt Hverdagsrehabilitering som er støttet økonomisk av Helse-og omsorgsdepartementet, der målet er å stimulere norske kommuner til å etablere hverdagsrehabilitering i sine kommuner. De ønsker å gi norske kommuner økt kunnskap om metodikk og gevinster ved hverdagsrehabilitering. Prosjektet er i utgangspunktet planlagt i fire faser fordelt over fire år:

Fase 1: Utredning av kommuners behov for kunnskap og motivasjon

Fase 2: Lokal kompetansebygging

Fase 3: Nettverksbygging og faglig oppfølging

Fase 4: Avslutning og oppsummering

Strategien var at de først skulle undervise egne medlemmer. De gikk derfor inn og hadde samlinger i hvert fylke der de holdt foredrag om hverdagsrehabilitering. Disse samlingene var også åpne for den politiske ledelsen og kommunale aktører fra fylket. Ellers har de reist rundt i hele Norge og holdt foredrag og deltatt på seminarer rundt hverdagsrehabilitering. På grunn av stor etterspørsel har de ikke hatt mulighet til å imøtekomme alle forespørslene og invitasjonene de har fått, så de har prøvd å i hovedsak prioritere å delta på kommunenettverkssamlinger for å få samlet flest mulig på en gang. De har også vært medansvarlige for hverdagsrehabiliteringsfusjonen i Arendalskonferansen. Det er også opprettet en tverrfaglig facebook-side der alle kan dele sine erfaringer, meninger og dokumenter rundt hverdagsrehabilitering. Ellers har de i samarbeid med to andre fagforbund utarbeidet en rapport ”*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*”, som er ment som et grunnlag til kommunenes forberedelse i jobben med å innføre hverdagsrehabilitering i sin kommune.

4.2 Fagforbundets meninger

Hovedmålet for forbundet var å sette Samhandlingsreformen inn i handling. Dette mener de er mulig da et av hovedmålene med hverdagsrehabilitering er å tenke annerledes enn man gjør i dag. Den tjenesten vi driver i dag er ikke bærekraftig og det må endringer til. Skal vi fortsette å drive dette på samme måte med den utviklingen av befolkningen og livsstilssykdommer som vi har i dag, vil vi ikke ha nok folk til å gjøre denne jobben om 20 år. Vi må derfor tenke annerledes. Et av hovedmålene her er at det på den ene siden skal det bli et bedre tilbud for brukerne kvalitativt, samtidig som de må lære seg å tenke på en annen måte. Et annet mål er at det må satses mer på forebyggende tiltak og rehabilitering, og for å få til dette må brukerne tilbys tidlig intervensjon.

Videre påpeker de at det er mange kommuner som mener at de driver med hverdagsrehabilitering i kommunen, men at dette ikke er tilfelle. De mener at mange kommuner har viljen men ikke evnen, at de har intensjonen å drive med hverdagsrehabilitering men at de ikke klarer å gjennomføre det. De har observert at noen kommuner ikke skiller mellom innsatsteam og hverdagsrehabilitering, noe de mener er to forskjellige tjenester. Innsatsteam er en mer spesialisert tjeneste der ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier går inn med intensiv rehabilitering, mens hverdagsrehabilitering inkluderer også pleiepersonell som forplikter seg til å følge opp med hverdagsrehabilitering døgnet rundt. Det er viktig at det skilles mellom hverdagsrehabilitering og tradisjonell rehabilitering, og at dette er to forskjellige tilbud som gis til brukerne.

De påpeker to punkt som er viktige for å få til dette:

1. Forankring i ledelsen
2. Endring av tankesett

Forankring i ledelsen er veldig viktig. De må forstå at man må gå inn for en kvalitativ bedring av tjenestene og ikke innspareelser. Det må konkretiseres at ting tar tid, og at dette er en jobb som krever mye planlegging i starten før man kan se effekten av tiltakene som blir iverksatt. Det er derfor viktig at man har de nødvendige redskapene som skal til for å kunne gjøre den jobben som kreves, og det er nødvendig med nok fagpersonell til å gjennomføre jobben. Det er derfor viktig at terapeutene kommer inn i bildet. Her møter man en utfordring i forhold til mangelen på ergo- og fysioterapiressurser i kommunene.

Dette er en av de største forskjellene fra Danmark og Sverige, da de har flere terapeuter i kommunene enn vi har i Norge. I Norge er det ikke alle kommuner som har egne ergoterapeutstillinger. Mangel på ressurser vil derfor være en stor utfordring for enkelte kommuner, spesielt små kommuner. For å kunne imøtekomme framtidens krav innen helse- og omsorgssektoren vil det, med utgangspunkt i dagens pleie- og omsorgsdekning, kreve at 60–70 % av alle nyutdannede jobber innen helsevesenet i framtida. Statistikk fra statistisk sentralbyrå (2013) viser at 45% av alle som fullførte en høyere utdanning i 2011/2012, utdannet seg innen helse- sosial- og idrettsfag. Av disse var 33% kvinner og 12% var menn. Dette er for få i forhold til den kapasiteten som vil kreves i fremtiden. Det betyr at det må tenkes nytt, og det må utarbeides mer nyanserte tjenester innen helse- og omsorgstjeneste sektoren. Hverdagsrehabilitering inkluderer en mobilisering av hele kommunen for å tenke rehabilitering og forebygging. Målgruppen er i hovedsak de store gruppene som samhandlingsreformen tar utgangspunkt i, som for eksempel det økende antall eldre med helseproblem. I Odense kommune er hverdagsrehabilitering brukt blant annet for yngre personer med funksjonsnedsettelse, personer med kols og personer med andre livsstilssykdommer. Man må derfor tenke at hvis man ikke kan forebygge sykdommer så må man lære folk til å kunne leve et meningsfullt liv med dem. Det handler om at brukerne skal føle at de lever et verdig liv. Informanten fra forbundet sa:

”Verdighet handler om det å kunne ta egne valg, noe som hverdagsrehabilitering kan være med å bidra til”.

For at brukerne skal få en verdig omsorg og god helse må man ta utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte. Det er viktig at spørsmål som; ”hva er viktige aktiviteter for deg? ”Hvilke aktiviteter er med og bedrer helsa? Hvilke aktiviteter gir velferd i seg selv? Hvilke aktiviteter er med og motiverer slik at brukerne selv griper fatt i livet sitt?. De påpeker at det å ta utgangspunkt i den enkelte brukers ønsker og behov kan være med å hindre passivisering. Det er viktig å huske at velferd er ikke noe man får, det er noe vi bidrar med sammen.

Hvordan hverdagsrehabilitering innføres varierer fra kommune til kommune. Noen tar utgangspunkt i rehabiliteringstjenesten de allerede har og jobber tettere sammen med hjemmetjenesten, mens andre tar utgangspunkt i hjemmetjenesten og får inn flere terapeuter der. Den siste metoden er slik det har blitt gjort i Danmark og Sverige. De mener at det er viktig at utprøving av hverdagsrehabilitering i Norge bygger på kunnskapsbasert praksis som er dokumentert fra for eksempel Dansk Sundhetsinstitutt.

I rapporten, *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*, som forbundet (F) har vært med og utarbeidet, forteller de om hvilke suksesskriterier de mener bør være tilstede for å lykkes med å innføre hverdagsrehabilitering. Suksesskriteriene er:

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger.
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse.
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende.
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål.

5.0 Innføring/etablering av hverdagsrehabilitering

I kapittel 5 har jeg beskrevet og analysert bakgrunnen for at de ulike kommunene jobber med å innføre hverdagsrehabilitering, finansiering og organisering.

5.1 Bakgrunn for oppstart av prosjektene

Vi har en god pleie- og omsorgstjeneste i Norge i dag, men det må endringer til for å blant annet kunne møte den store eldrebølgen som er i ferd med å komme. Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. I følge statistisk sentralbyrås befolknings framskrivninger (2012) vil folketallet fortsette å stige jevnt til 5,4 millioner i 2030 og 5,8 millioner i 2050.

Antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og over 500 000 i 2050. Forventet levealder ved fødselen for menn er antatt å stige fra 79 år i 2011 til 90 år i 2100, og for kvinner er det tilsvarende tallet forventet å stige fra 83 år til 93 år (ibid). Dette betyr at vi i framtiden vil få en stor gruppe friske eldre med god funksjon som vil være viktige bidragsyttere i samfunnet og forme utviklingen av nærmiljø og samfunn (Laberg & Ness, 2012). Under Arendalkonferansen i 2011 sa Kåre Hagen:

”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag”.

Til tross for sterk vekst i de eldste aldersgruppene de siste tiårene, er det ikke blitt flere eldre brukere av alders- og sykehjem og hjemmetjenester. Dette viser at ikke alle forhold kan forklares av demografi, men at utviklingen også preges av andre endringer i samfunnet. For

eksempel kan forskyvning av oppgaver mellom både spesialisthelsetjenesten, familieomsorgen og de kommunale omsorgstjenestene forklare noe av utviklingen (Meld. St. 29, 2012-2013). Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Det er også slik at nesten alle nye ressurser som er satt inn i helsesektoren de siste 20 årene, har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Hjemmetjenestebrukere under 67 år består av noen barn og unge under 18 år (2 %), en stor andel yngre voksne 18–49 år (54 %) og en noe mindre andel middelaldrende 50–66 år (44 %). Av disse er det antallet yngre voksne som har hatt den sterkeste veksten det siste tiåret. Regner en med mottakere av avlastning, støttekontakt og omsorgslønn, er tallet på barn og unge høyere. Det derfor viktig å se at vi stadig får en større andel yngre som har behov for ulike helsetjenester, og tenke på hvordan vi skal møte dette.

Dette betyr at det må tenkes nytt og det må utarbeides mer nyanserte tjenester. Noen har behov for nødvendig pleie- og omsorgstjenester, mens andre trenger forebygging og rehabilitering. De tre kommunene i min undersøkelse har valgt ulike tilnærminger til rehabilitering i hjemmet da de har gjort egne tilpasninger i forhold til ressurser, geografi og målgrupper. For å klare å imøtekomme kravene som kom med den nye samhandlingsreformen når den skulle iverksettes måtte det skje endringer. Dette er en av grunnene til at alle kommunene som deltok startet med sine prosjekter.

I kommune Sør var det i hovedsak samhandlingskoordinatoren som jobber på helsehuset i kommunen som var drivkraften bak forprosjektet som ble kalt hjemmebasert rehabilitering (HBR). En av grunnene til at de startet med prosjektet var at de over tid hadde sett at mennesker som var dårlige måtte vente lenge for å få et rehabiliteringstilbud, noe som kunne tyde på at rehabiliteringstilbudet i hjemmet ikke var godt nok. En av informantene sa:
”Vi så at døgnplassene på rehabiliteringsavdelingen stadig oftere ble belagt av svært pleietrengende brukere. Det førte til at brukere med rehabiliteringspotensiale ble sendt hjem, for så å ende opp som pleietrengende etter en stund”.

En annen grunn var den nye finansieringsordningen på sykehuset, der kommunene fra januar 2012 måtte betale for sykehusplassene. I følge *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (2011), kan helseforetaket kreve betaling av kommunen når utskrivningsklare pasienter blir liggende på

sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud. Som hovedregel skal de problemstillingene som innleggende lege vil ha vurdert da være avklart, i tillegg til eventuelle andre problemstillinger som er fremkommet. Diagnose, funksjonsnivå og videre behandlingsplan skal være avklart. Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar, og kommunen skal da ha skriftlig beskjed. Etter dette må kommunen betale for pasienten inntil de selv kan gi pasienten et kommunalt tilbud (ibid). Dette førte til at kommune Sør ønsket og jobbe for å kunne gi brukerne et tilbud i hjemmet, og dermed kunne hindre reinnleggelser. For å oppnå dette måtte det endringer til, så dette ble en ekstra motivasjon for å få startet med prosjektet. De startet med planleggingen allerede i 2010, og begynte med den praktiske gjennomføringen i 2011. Målet med prosjektet var blant annet mer fornøyde brukere, rask intervensjon, hindre reinnleggelse og å klare å innfri kravene om rehabilitering i kommunen. En av informantene sa:

”Det er der brukeren bor de har behov for rehabilitering og trening. Hovedmålet er at den enkelte bruker skal være deltaker i en prosess som gir framgang, i stedet for å bli en passiv mottaker av hjelpetjenester”.

I tillegg til Samhandlingsreformen var eldrebølgen utgangspunktet for prosjektet i kommune Nord. De hadde lenge visst at med den ville det komme store utfordringer, noe de allerede hadde opplevd. På bakgrunn av dette var de nødt til å ta noen grep og tenke nytt. Første gang de hørte om hverdagsrehabilitering var i 2011 da kommunaldirektøren og en kollega i staben hadde vært i Danmark og fått informasjon om prosjektet der. De kom entusiastiske tilbake og hadde ambisjoner om å prøve ut dette i kommunen. Med bakgrunn i de erfaringene som var gjort i Fredericia, dokumentasjonen på at en slik innsats lønte seg og hadde effekt, både for brukerne og kommuneøkonomien, ble det skapt stor entusiasme rundt prosjektet. En av informantene sier:

”De snakker om en vinn-vinn-vinn situasjon, både for bruker, ansatte og økonomien”.

I slutten av august 2011 ble det bestemt at det skulle settes i gang et forprosjekt. Det ble da satt i gang som et tiltak for å håndtere utfordringene som kommer, samtidig som de så at det var et verdig tilbud til brukerne. Bredland, Linge og Vik (2006) skiller mellom objektiv og subjektiv verdighet. Den objektive verdigheten er at alle mennesker har en iboende verdighet, mens den subjektive verdigheten er den enkeltes opplevelse av sin verdighet, altså det som hver enkelt opplever som verdig for seg. Videre sier de at for å oppleve seg verdig må en også bli behandlet med verdighet av andre (ibid).

Kommune Øst har rehabilitering som et overordnet satsningsområde i kommunen. Bakgrunnen for at de ønsket å prøve ut hverdagsrehabilitering var i hovedsak endringene som kom med Samhandlingsreformen. De brukte også Fredericia-modellen og deres gode resultater, både i forhold til brukertilfredshet og økonomi, som grunnlag for oppstarten av prosjektet. 5 representanter fra kommunen har vært på seminar på Voss og hørt om andre kommuner sine erfaringer rundt hverdagsrehabilitering der. De fikk med seg mye nyttig informasjon og inspirasjon til hvordan de kunne jobbe med å innføre hverdagsrehabilitering som metode i sin kommune.

Som tidligere nevnt var Samhandlingsreformen en av de viktigste grunnene til at alle kommunen valgte å sette i gang med hverdagsrehabilitering. Det at det stilles større krav til at kommunene skal gi innbyggerne lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, er en utfordring for kommunene og det må endringer til. De så at å bruke hjemmet som arena for rehabilitering kunne være en mulighet til å kunne imøtekomme noen av disse kravene. Det å få tilbud om trening i sitt eget hjem der man er i vante omgivelser og føler seg trygg, så alle kommunene på som en hensiktsmessig løsning som kunne gi gode resultater. Kommune Nord og Øst vektla i tillegg erfaringen som de har gjort seg i Fredericia kommune som en av grunnene til at de ønsket å satse på dette. De fikk også med seg kommune ledelsen på dette, noe som utdypes mer i kapittel 5.2. En forskjell de ser tydelig er at de har mer tilgang til ressurser i Fredericia i forhold til de har i sine egne kommuner, og at derfor må modellen som utvikles tilpasses den enkelte kommune ut ifra de ressurser og midler de har. Kommune Sør begynte med planlegging av rehabilitering i hjemmet før Fredericia kom med sine erfaringer, men de ser at mye av slik de gjør det har valgt å organisere tjenesten kan sammenlignes med det som er gjort i Danmark. De påpekte også at når de skulle gå i gang med hverdagsrehabilitering for fullt ville de ta mer utgangspunkt i de erfaringene som er gjort i Fredericia. De ville blant annet ansette egne hjemmetrenere slik de har gjort der. Kommune Sør vektla også det at de tydelig så at det tilbudet brukerne fikk om rehabilitering i hjemmet ikke var godt nok, som en viktig årsak til at de ønsket å starte med prosjektet. Det måtte endringer til for å kunne tilby brukerne et verdig tilbud og hindre funksjonsfall.

Alle kommunene opplevde at det å få nok midler til å kunne gjennomføre prosjektene er en utfordring. Det å starte et slik prosjekt tar tid og man er avhengig av å ha nok ressurser tilgjengelig. Kommer tilbake til finansiering av prosjektene i kapittel 5.3.

5.2 Forankring i ledelsen

Innføring av hverdagsrehabilitering vil kreve innovasjon og endring i dagens tjenester i kommunene, da innbyggerne vil bli møtt på en annen måte enn tidligere. Nye tenkemåter, systemer og arbeidsrutiner må etableres. Kjellberg m.fl. (2011) sier at for at dette skal kunne gjennomføres må politikere og administrasjon ha eierskap til disse endringene og være aktive pådrivere til at dette skal skje. Det handler om politisk vilje, engasjement og prioritering. En annen ting som er viktig er at det må avgjøres om endringene som skal skje skal utprøves gjennom en prosjektperiode, eller om det skal gjennomføres en omlegging av kommunens etablerte tjenester. De fleste kommunene i Danmark og Sverige startet utprøvingen som et prosjekt som etter hvert har blitt etablert som en fast ordning.

I kommune Øst var helse- og omsorgssjefen og rådmannen engasjert i satsningen på hverdagsrehabilitering. Der er satsningen godt forankret på ledernivå og tankegangen innen hverdagsrehabilitering er integrert i kommunale planer. Lederen for prosjektet sa at:

”Det er lettere for oss som jobber med prosjektet å prioritere arbeidet med å implementere planene i våre avdelinger og innen våre tjenesteområder, når vi vet at vi har støtte hos ledelsen på at det skal satses på hverdagsrehabilitering”.

Funn som er gjort i undersøkelsen som er gjennomført av Rambøll (2012) viser at det å ha støtte fra både politisk og administrativt hold gjør forankrings- og implementeringsprosessen i tjenestene enklere. Denne forankringen fører også til at ledelsen er klar over gevinsten som vil komme på sikt når de går inn med større ressurser og jobber målrettet og intensivt over en kortere periode.

I kommune Nord var det blant annet kommunaldirektøren som var først ute med ønske om å satse på hverdagsrehabilitering i kommunen. Etter dette reiste noen deltagere fra prosjektgruppen til Danmark på studietur der de fikk mange ideer og mye inspirasjon. Dette gjorde at de videre klarte å overbevise øvrig politisk og administrativ ledelse i kommunen om at hverdagsrehabilitering var noe det ville lønne seg for kommunen å satse på.

Som tidligere nevnt var det i hovedsak samhandlingskoordinatoren i kommune Sør som var drivkraften bak forprosjektet. Han ønsket å satse på rehabilitering i hjemmet. Prosjektet stoppet i midlertidig opp på grunn av føringer fra helse- og omsorgslederen, da hun satte ned foten og krevde at det skulle være med en pleier i prosjektgruppa. Dette ble en utfordring da

pleierne innen hjemmetjenesten jobber turnus. De fant en løsning på det og fikk med en pleier i prosjektgruppa. Politikerne kom mer på banen etter at prosjektgruppen hadde faste resultater å vise frem. Da hadde de også sett de gode resultatene som Fredericia hadde kommet med, noe som bidro til å vekke interessen rundt hverdagsrehabilitering enda mer. Rådmannen i kommunen fikk i 2011 i oppdrag å arbeide med en modell i forhold til hvordan et mestringsfokus, med sikte på å bygge opp under den enkeltes evne til fremtidig mestring av eget liv, kunne innarbeides i tjenesten. For å få til dette måtte det skje endringer, og det ble gjort en gjennomgang av tjenestene med tanke på kvalitet, omfang, struktur og organisering. Bystyret vedtok i 2012 forslag til ny organisasjonsmodell for omsorgstjenestene i kommunen, der nye arbeidsprinsipper etter modell hverdagsrehabilitering var sentralt. Det ble vedtatt at det skulle opprettes eget tverrfaglig innsatsteam som skulle jobbe med hverdagsrehabilitering fra 01.01.13.

Alle kommunene i prosjektet opplevde at prosjektet har en viss forankring i ledelsen. Samtidig som de har erfart at det å få tilstrekkelig med ressurser for å starte med prosjektet har vært en utfordring.

5.3 Finansiering

Finansiering er en av de største utfordringene når man skal starte med et prosjekt. Hvor og hvordan skal man finne nok midler til å kunne gjennomføre prosjektet slik det er tenkt? En utfordring i forhold til hverdagsrehabilitering er at det er en tidkrevende prosess i starten, og at de økonomiske gevinstene først vil komme etter hvert. Flere av kommunene opplevde at det kunne være vanskelig å få ledelsen til å se at dette var et prosjekt som ville gi en økonomisk gevinst på lang sikt, selv om det ville kreve ekstra økonomiske ressurser i starten. En måte å overbevise om at dette ville lønne seg var blant annet å vise til dokumenterte innsparinger som var gjort i Fredericia kommune. De viser blant annet at de har hatt en besparelse på 13,9 % per bruker i hjemmetjenesten ved innføring av hverdagsrehabilitering, og at dette på årsbasis tilsvarer ca. 13 millioner kroner (Kjellberg & Ibsen, 2010). Tabell 5-1 er en oversikt over noe av det de ulike kommunene fikk av økonomisk støtte ved oppstart av prosjektene.

Tabell 5-1: oversikt over hvordan prosjektene finansieres i kommunene

Kommune	Finansiering
Kommune Nord	<ul style="list-style-type: none"> • 900 000 kr kommunale midler • 600 000 kr i skjønnsmidler fra fylkesmannen • Omgjøring av stillinger fra hjemmetjeneste til hjemmetrenere
Kommune Øst	<ul style="list-style-type: none"> • 300 000 fra helsedirektoratet • Kommunale midler
Kommune Sør	<ul style="list-style-type: none"> • Fikk først midler fra helsedirektoratet • Søkte og fikk 400 000 kr til for å videreføre prosjektet ut året (2012)

Kommune Sør fikk midler fra Helsedirektoratet til å starte med forprosjektet, og de midlene holdt til april 2012. En av informantene fortalte at deres prosjektleder da var ivrig etter å få tak i midler for å sikre at de kunne gjennomføre prosjektet lengst mulig, så de fikk midler til å drive prosjektet i to måneder til. Bystyret vedtok i juni 2012 at fra januar 2013 skulle hverdagsrehabilitering inn i full drift.

Kommune Øst søkte helsedirektoratet om prosjektmidler om våren 2012, og de fikk under halvparten av det det ble søkt om. Kommune Nord regnet ut at for å starte med prosjektet måtte de ha 1,5 millioner. De fikk kommunale midler til å starte med et pilotprosjektet, og de fikk innvilget skjønnsmidler fra Fylkesmannen som skulle brukes til tverrfaglig team. Det ble videre søkt til Fylkesmannen om nye midler til hjemmetrenere for 2013. Når intervjuene ble gjennomførte viste de ikke om hverdagsrehabilitering kom til å bli prioritert i det kommunale budsjettet for 2013, men det er nå bekreftet at det ble det.

Alle kommunene har fått ekstern støtte utenfra for å starte med prosjektet. Informantene sier at det å få nok økonomisk støtte til å få gjennomført prosjektene ikke har vært så lett. Selv om de har med ledelsen på laget er det ikke alltid at ressursene i kommunen er tilstrekkelige. Kommune Nord opplevde å bli forsinket med oppstarten av prosjektet på grunn av at det ikke var satt av midler til å etablere tverrfaglig team. Etter hvert ble det funnet kommunale lønnsmidler slik at de fikk startet prosjektet. De opplevde også å få en del ekstra uforutsette utgifter som de ikke hadde regnet med. Blant annet så kom det en del utgifter på drosje da de

måtte utvide hjemmetjenestesonen som medførte større avstander, og siden de ikke har nok biler i hjemmetjenesten ble drosje løsningen. Som nevnt i kapittel 5.2 ble det vedtatt at det skulle opprettes eget tverrfaglig innsatsteam i kommune Sør som skulle jobbe med hverdagsrehabilitering fra 01.01.13. Kommunen hadde blant annet sett de økonomiske gevinstene som kom med prosjektet og så at dette kunne lønne seg å satse på videre. Kommune Øst opplevde å få mindre i støtte enn de hadde beregnet, noe som har ført til at de ikke har fått muligheten til å jobbe med å innføre hverdagsrehabilitering slik de ønsket i utgangspunktet, da de i utgangspunktet fikk midler til å drive prosjektet for ett år av gangen. Men de har som mål å etablere tankesettet i hele kommunen, noe ledelsen er med på.

Hverdagsrehabilitering som intervensjon har vist store besparelser for kommunene. I kommune Sør har beregninger vist sannsynlige besparelser på over 5 millioner over en 3-årsperiode, på 24 pasienter de hadde med i sitt pilotprosjekt. Tallene er vurdert ut fra kostnader til hjemmesykepleie og kostnader knyttet til rehabiliteringen, basert på timer hjemmesykepleie per uke før og etter intervensjon. Tendensen som vises er dermed de samme som er vist i forskningen i Fredericia i Danmark. Noen av forholdene som kommunene har sett som gjør at rehabilitering i hjemmet kan bli et kostnadsbesparende tilbud for kommunene er at:

- Brukeren kan bli boende lenger i eget hjem
- Bedre ressursutnyttelse
- Mindre behov for ordinære pleie- og omsorgstjenester

Samtidig er det viktig at det ikke skal bli slik at når ledelsen ser at prosjektet fører til at flere klarer seg uten hjemmetjenester så blir det frigitt ressurser, noe som betyr at de kan trappe ned på ressursene som settes inn. Det er viktig at de frigitte ressursene blir brukt der det trengs, og at de som har behov for bistand får det. Blaikie (2010) fremhever at samfunnet i seg selv er preget av kaos og kompleksitet. Dette presses av en økonomisk- rasjonell retorikk, der løsningen har blitt oppfattet som prioritering og kostnadseffektivisering.

I neste avsnitt vil det komme mer om hvordan kommunene har valgt å organisere tjenesten og tankene og erfaringene de har gjort seg rundt dette.

5.4 Organisering

De ulike kommunene har forskjellige utgangspunkt når det kommer til blant annet geografi, demografi og hvor lenge de har jobbet med rehabilitering i hjemmet. Dette er faktorer som er med å påvirker hvordan kommunene har valgt å organisere sitt tjenestetilbud.

5.4.1 Hvordan de ulike kommunene har valgt å løse rehabiliteringen

Hvordan de ulike kommunene har valgt å organisere rehabiliteringen på varierer. Kommune Sør og kommune Nord har begge etablert tverrfaglige rehabiliteringsteam bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Kommune Nord har i tillegg ansatt to hjemmetrenere som er ansatt i kommunens hjemmetjeneste. De deltar aktivt i rehabiliteringen under veiledning fra ulike yrkesgrupper i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. Målet er tidlig intervensjon der det settes inn en stor tverrfaglig innsats i starten. Sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut veileder og instruerer hjemmetrenerne i arbeidet, og etter hvert trappes innsatsen ned og hjemmetrenerne utfører arbeidet selv.

I kommune Øst har de valgt en organisering der det primært er tenkt at ansatte i den ordinære hjemmetjenesten skal læres opp av fysio-/ergoterapitjenesten til å kunne utføre rehabiliteringsoppgaver, og at ergo- og fysioterapeut går inn med mer spesifikk trening der det er behov. Målet er å implementere en endret tankegang og øke kompetansen hos de ansatte i hjemmetjenesten. Fokuset er kompetanseøkning, nettverksbygging og arbeidsgrupper. En av grunnene til at de har valgt å løse det på denne måten er begrensede ressurser innen fysio- og ergoterapitjenesten. De ønsker å etablere arbeidsgrupper/ressursgrupper i hjemmetjenestesonene som kan jobbe med kompetansebyggingen. De ønsker å ha en ressursperson som kan jobbe i arbeidsgrupper innad i hjemmetjenesten for å jobbe med å innføre hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode der fokuset er holdningsendring. For å få til dette må de se på hvordan tjenesten organiseres og hvilke rutiner de har, og hvordan de videre kan få tid til å få jobbet med dette.

Man kan si at måten kommune Øst velger å løse det på kan anses som en mer krevende og ambisiøs organisering da det krever mer kompetanseheving blant de ansatte, men at det på lang sikt kan være en hensiktsmessig løsning for tjenestetilbudet i hjemmetjenesten. Dette ligner litt mer på modellen de har valgt i Östersund der de ikke har egne hjemmetrenere.

En av informantene sa:

”Ideelt sett så blir det mer aktuelt å bruke mer av erfaringene de har gjort seg i Fredericia i neste del av prosjektet”.

Tabell 5-2 viser en oversikt over hvordan kommunene har organisert tilbudet om hverdagsrehabilitering.

Tabell 5-2: kommunenes organisering av tilbud om rehabilitering i hjemmet

Kommune	Organisering	Utforming av tjenestetilbud
Kommune Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotprosjekt (lengst mulig i eget liv- i eget hjem) med oppstart i en hjemmetjenestesone med planer om og begynne å innføre hverdagsrehabilitering i ordinær drift i alle hjemmetjenesten i kommunen etter pilotprosjektet er over • Tatt utgangspunkt i en hjemmetjenestesone i pilotprosjektet 	Tverrfaglig team bestående av: <ul style="list-style-type: none"> - 50% Ergoterapeut - 30% Sykepleier - 50% Fysioterapeut - 2 årsverk hjemmetrenere
Kommune Øst	<ul style="list-style-type: none"> • Innsatsteam i rehabilitering som er organisert under fysio- og ergoterapitjenesten • Prosjekt med mål om å forankre tankegangen innen hjemmetjenestene • Tatt utgangspunkt i to hjemmetjenestesoner 	Tverrfaglig team bestående av: <ul style="list-style-type: none"> - 100% Ergoterapeut - 100% Sykepleier - 100% Fysioterapeut
Kommune Sør	<ul style="list-style-type: none"> - Organisert i enheten Mestring og Rehabilitering - Pilotprosjekt (hjemmebasert rehabilitering, HBR) vedtatt å innføre hverdagsrehabilitering i ordinær drift fra januar 2013 	Tverrfaglig team bestående av: <ul style="list-style-type: none"> - 80% fordelt på 2 ergoterapeuter - 80% fordelt på 2 fysioterapeuter - 80% spesialhjelpepleier Ved innføring av hverdagsrehabilitering fra 01.01.2013 består det tverrfaglige innsatsteamet av fysio- og ergoterapeuter, sykepleiere, vernepleier, sosionom og fagarbeidere.

Selv om kommune Nord startet tidlig med forarbeidet tok det lenger tid enn de hadde forventet før de kom i gang med prosjektet. Før de kunne begynne for fullt var det nødvendig å få etablert en base for det tverrfaglige teamet og hjemmetrenerne i prosjektet, for å skille dette arbeidet fra ordinær hjemmesykepleie. Videre tok det tid og etablere samarbeidsrutiner, rolleavklaring, opplæring av hjemmetrenerne, informasjon både internt og eksternt og finne

aktuelle brukere. Hjemmetrenerne har deltatt på en fagkonferanse som blant annet omhandlet Fredericia-modellen.

Hvordan de ulike kommunene har valgt å organisere tjenesten sin varierer. Kommune Øst ønsker å implementere tankegangen hos de ansatte i hjemmetjenesten, og for å klare dette ønsker de å begynne med en hjemmetjenestesone først, før de etter hvert tar de andre sonene også. Kommune Nord valgte også å begynne med å ta utgangspunkt i en hjemmetjenestesone, da de var redde for at hvis de begynte for stort så ville de ikke få tid til å implementere tankegangen og arbeidsmetoden innen hverdagsrehabilitering godt nok, slik at de tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgavene etter hvert kom til å overta igjen. Det de allerede har erfart er at det har vært mange aktuelle brukere i andre hjemmetjenestesoner, noe som har ført til at det har begynt å samarbeide litt med andre soner også. De opplever likevel dette som positivt da samarbeidet har fungert godt og de har funnet en god måte å løse det på. I kommune Sør var også tanken å starte med prosjektet i en hjemmetjenestesone og det tilhørende fastlegesenteret, men det ble ikke slik de hadde tenkt da de fikk lite henvisninger i starten. En av grunnene til det var at et av kriteriene som var satt var at brukerne som skulle delta i prosjektet måtte tilhøre den bestemte fastlegen.

5.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Som det fremkommer i tabell 5-2 er det etablert tverrfaglige team i alle kommunene i undersøkelsen. Hvor stor stillingsprosent de ulike faggruppene har i prosjektet varierer fra kommune til kommune. Informantene påpeker derfor at det er avgjørende å etablere faste møtepunkter der de kan møtes for å gå gjennom og diskutere ulike brukere, og ta opp aktuelle problemstillinger som de møter på underveis.

I kommune Nord har det tverrfaglige teamet fast møte med leder for hjemmetjenesten hver mandag. Da planlegger de uken og diskuterer ulike problemstillinger. De bruker hverandres kunnskaper og lærer av hverandre. Det unike med å jobbe tverrfaglig er at sammen sitter man på mye verdifull kunnskap som kan bidra til at brukerne får et helhetlig og godt faglig rehabiliteringstilbud. En av informantene sa:

”Vi jobber monofaglig, altså at vi gjør oppgaver på tvers av hverandre som ikke nødvendigvis er så typisk ergo eller fysio å gjøre, vi lærer hele tiden av hverandre”.

De i kommune Sør har også jobbet tett sammen med hjemmetjenesten og har drevet med veiledning for de ansatte. En informant sa:

”På slutten av fjoråret så teamet at vi måtte få mer struktur på tilbudet. Det var ikke sjelden at alle løp til når en ny bruker skulle inn i systemet”.

Ved å ta tak i dette problemet og finne en løsning på det førte til at de etter hvert klarte å fordele ressursene riktig, noe som førte til at brukeren fikk et enklere system å forholde seg til og var sikret å få den hjelpen de hadde behov for. Siden de er flere terapeuter i teamet har de ikke opprettet faste team rundt den enkelte bruker, men heller sett hva brukerens problemområde er og da bestemt hvem det er aktuelt skal gå inn. Opplever brukeren vansker i forhold til ADL er det som oftest ergoterapeuten som går inn, men er det mer fysiske problemer er det fysioterapeuten som går inn. Månsson (2007) sier at en av erfaringene de har gjort seg i Östersund er at det er brukerens behov som styrer teamet sammensetning. Videre sier hun at:

”Denna del i värdegrunden understyrker åter att det är brukarens behov som ska vara styrande för vem som gör vad” (Månsson, 2007:45).

Lederen for prosjektet i kommune Nord forteller at de ansatte som jobber med hverdagsrehabilitering gir uttrykk for at de er tilfredse med denne måten å jobbe på. Flere av informantene sier at de synes det er givende og inspirerende å jobbe mot at brukerne opplever økt funksjon, samt at det gir ekstra motivasjon å se at brukerne er tilfredse med det de oppnår. Tverrfaglig samarbeid kan fremme selvstendighet på den måten at brukerne får hjelp og støtte på alle områder de har behov for å kunne mestre aktiviteter. Jo flere aktiviteter brukeren mestrer, jo mindre avhengig kan han bli av andre. Derfor er det viktig å jobbe mot et felles mål som brukeren ønsker å nå, for å oppnå mest mulig selvstendighet. Det vil være av betydning at vi som fagpersoner samarbeider om å få til et godt koordinert tilbud, for å sikre at bruker får mest mulig utbytte av rehabiliteringen og at det vi gjør bidrar til å fremme personens selvstendighet (Bredland, Linge & Vik, 2005). En av informantene i kommune Øst sa:

”Vi håper at prosjektet viser ledelsen at de ansatte er fornøyde, motiverte og positive. At de trives med å jobbe på denne måten og at de føler at det de gjør er nyttig”.

Kommune Sør vektlegger hvor viktig pleieren i teamet deres har vært. Hun har vært en rød tråd i forhold til å finne aktuelle brukere til prosjektet, og hun har snakket med både temaet og de i hjemmetjenesten om de aktuelle brukerne for å holde alle oppdatert. En informant sa: *”Ett av suksesskriteriene er å ha en person i teamet som til enhver tid er oppdatert på situasjonen til de brukerne som er involverte i prosjektet”*.

I kommune Øst møtes i hovedsak brukeren og innsatsteamet for hjemmerekabilitering til en målsamtale. Ved behov deltar også andre aktuelle tjenesteytere, som for eksempel hjemmetjeneste eller støttekontakt, på møtet. Målet med møtet er å utarbeide en tiltaksplan der det tas utgangspunkt i brukerens mål med rehabiliteringen. Innsattstemaet har erfart at ved å gjøre det på denne måten blir både brukerne og tjenesteyterne ansvarliggjort. De opplever at samarbeidet mellom bruker og tjenesteytere øker, samtidig som samarbeidet mellom de ulike faggruppene styrkes. Tabell 5-3 viser en oversikt over noen av oppgavene til de ulike yrkesgruppene i de tverrfaglige teamene.

Tabell 5-3: arbeidsoppgaver til de ulike yrkesgruppene i tverrfaglig team

Yrkesgruppe	Arbeidsoppgaver
Ergoterapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegger brukerens egenvurdering av aktivitetsutførelse (COPM) • Observasjon av brukerens funksjonsevne • Tilrettelegge for trening av hverdagsaktiviteter • Vurdere behovet for tilrettelegginger i hjemmet • Se løsninger på praktiske oppgaver
Fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge brukerens fysiske funksjonsevne og hvordan dette påvirker brukeren i hverdagen • Igangsette individuelt tilpasset trening • Vurdere behovet for bevegelseshjelpemidler
Sykepleier	<ul style="list-style-type: none"> • Ivareta grunnleggende behov • Medisiner
Hjemmetrener	<ul style="list-style-type: none"> • Jobber under veiledning av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier

Samarbeid med andre instanser i kommunen er viktig for å lykkes med hverdagsrehabilitering. De ulike kommunene presiserer viktigheten av at det tverrfaglige teamet bruker god tid på å gi informasjon om prosjektet og introdusere seg selv for ulike tjenester i kommunen, samtidig som de selv gjør seg kjent med hva de ulike tjenestene har å tilby. Kommune Sør samarbeider blant annet med tjenestekontoret, hjemmetjenesten, sykehuset, fastlege, rehabiliteringstjenesten, privat praktiserende fysioterapeuter og frivillige. De har erfart at det ikke alltid er like lett å samarbeide med andre, for eksempel så har de lite tilgang på informasjon om tidligere trening hos brukere som har hatt privat fysioterapeut tidligere. Alle kommunene vektlegger viktigheten av tett kommunikasjon og kontakt med ansatte og ledere i hjemmetjenesten. Mangel på tid og ressurser er en utfordring i forhold til å få til dette. Spesielt når det gjelder hjemmetjenesten. De jobber turnus og er presset på tid, både når det gjelder å utføre tjenester for enkeltbrukere samt å kunne delta i felles fora og samarbeidsarenaer. Det er derfor veldig viktig at de omleggingene som kreves for å få til dette forankres godt, slik at de ansatte i hjemmetjenesten ikke føler at de blir pålagt ekstra oppgaver men heller får mulighet til å bygge opp et eget eierskap til satsningen. For å få til et godt samarbeid mellom de ulike instansene og faggruppene er det viktig å etablere velfungerende systemer for å utveksle informasjon på tvers av faggrupper. Ha faste møtepunkter og samarbeidsrutiner internt i de tverrfaglige teamene, samt inkludere tildelingsenheten i satsningen og sikre at de får tilstrekkelig med informasjon, slik at de skal kunne fange opp potensielle brukere. Det er også viktig å skape felles arenaer og møtepunkter hvor de ansatte i hjemmetjenesten får anledning til å diskutere seg imellom, og til å komme med spørsmål og innspill.

En utfordring i forhold til tverrfaglig samarbeid kan være at det eksisterer ulike fagtradisjoner som kan være en barriere for samarbeid og utvikling. Det er viktig at alle fagpersoner tenker mer helhetlig. Informantene i kommunene sier at ved og aktivt gå inn for å bygge ned skillene mellom ulike avdelinger og faggrupper, kan ledere og ansatte dra nytte av og spille på hverandres kompetanse, noe som igjen kan føre til at tjenesten utvikles. En av informantene i kommune Øst sa:

”Det er viktig å få med flere faggrupper i arbeidet med hverdagsrehabilitering, både med videregående-, høyskole- og videreutdanninger. Et mangfold er viktig, og vi må lære av hverandre. Ikke ha så fokus på at dette er sykepleieroppgaver, dette er ergoterapioppgaver osv. Vi må være bevisste på å bruke kompetansen til hverandre, noen er gode på det ene og noen er gode på det andre- sammen blir det bra”.

Alle kommunene sier at for å få til en god organisering av tjenesten er det helt avgjørende og ha et samarbeid på tvers av tjenesteområder. Videre påpeker de at tjenesten må forankres i alle de involverte tjenesteområdene, og at de må skape en felles forståelse for hva tjenesten skal inneholde og hva som er målsetningene med satsningen. Da rehabilitering ikke er et entydig begrep, er det viktig at den enkelte fagperson og organisasjonen klargjør hvilken ideologi man for å unngå at det oppstår misforståelser innad i gruppen. Et eksempel på dette er hvis noen mener at rehabilitering er å støtte brukeren i å delta på sosiale arrangement, mens andre mener at rehabilitering er å trene opp kroppslige funksjoner, kan det oppstå samarbeidsproblemer og den helhetlige rehabiliteringen blir borte. Samtidig sier Bredland, Linge og Vik (2006) at det er viktig med ulike meninger og oppfatninger av hva man skal fokusere på, da man gjennom diskusjoner kan belyse brukerens situasjon fra flere sider, noe som kan føre til at det videre tilbudet blir mer nyansert og fleksibelt. De vektlegger også viktigheten av å få mulighet til å kunne samarbeide i praksis, og for å få til dette er de avhengige av gode strukturer og samarbeidsrutiner, slik at de kan sammen kan arbeide for å nå felles mål.

5.4.3 Ressurser

Norge er et lite land med 428 kommuner (snl.no). Antall innbyggere i de ulike kommunene varierer og vi har mange kommuner med få innbyggere. Dette betyr at forskjellen mellom de ulike kommunene i antall innbyggere, fra de med minst til flest innbyggere vil være stort. Med dette følger også mangelen på ressurser som jobber innen helsesektoren i kommunene. Fagforbundet mener at små kommuner vil ha større utfordringer med å starte med hverdagsrehabilitering på grunn av mangel på ressurser, at antallet fagpersoner blir for lite. Derfor kan interkommunalt samarbeid være en måte å få innført hverdagsrehabilitering på. Siden små kommuner ofte har et begrenset omfang på tjenestene i egen kommune, kan et samarbeid med andre kommuner være med å sikre tverrfagligheten i tilbudet. Innslaget av personell med rehabiliteringskompetanse er mindre i norske kommuner. Det innebærer et større behov for kompetanseutvikling og oppbygging av tverrfaglige teamfunksjoner (Ness et.al, 2012).

Alle kommunen påpeker at tilgangen på ressurser er en av de største forskjellene fra Danmark og Sverige. De har ansatt flere terapeuter i kommunene, noe som fører til at brukerne får et

bedre tilbud enn det som kan tilbys i kommunen som deltok i prosjektet. Kommune Nord har erfart at det å ha bare to hjemmetrenere ikke er nok, og at når de skal implementere hverdagsrehabilitering i hele hjemmetjenesten er de avhengige av at ressursene til det tverrfaglige teamet og til hjemmetrenere styrkes. For å sikre kompetanseutveksling, gjensidig ressursutnyttelse og et helhetlig tjenestetilbud er det behov for å vurdere samlokalisering eller samorganisering av tjenestene.

5.4.4 Målgruppe

Når kommunene skulle begynne med prosjektene sine måtte de definere hvem som var målgruppen for hverdagsrehabilitering. Alle kommunene har i hovedsak tatt utgangspunkt i brukergruppen voksne/eldre. Tabell 5-4 viser en oversikt over hvilke målgruppe og eksklusjonskriterier de ulike gruppene har satt seg ved oppstart av prosjektene.

Tabell 5-4: målgruppen i kommunene

Kommune	Målgruppe	Eksklusjonskriterier
Kommune Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere fra 0-110 år • Aktuelle brukergrupper: <ul style="list-style-type: none"> - Hjerneslag - Ortopedi - Amputasjoner - KOLS - Trafikkulykker - Fedme - Eldre med gradvis eller brå funksjonssvikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv svikt eller demens • Alvorlige rus- og/eller psykiske problemer • De som står i kø for å komme på sykehjem
Kommune Øst	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere fra 0-110 år • Aktuelle brukergrupper: <ul style="list-style-type: none"> - Hjerneslag - Ortopedi - Amputasjoner - KOLS - Trafikkulykker - Fedme - Eldre med gradvis eller brå funksjonssvikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere som står i kø for å komme inn på sykehjem
Kommune Sør	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere fra 18-110 år • Aktuelle brukere som er innlagt på sykehus etter: <ul style="list-style-type: none"> - Nylig ervervet skade - Sykdom - Fallepisode • Brukere der det mistenkes begynnende fall i funksjon/nylig har hatt fall i funksjon • Brukere som har et begynnende behov for hjemmetjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Kjent, langkommet demens/kognitiv svikt • Begrenset mulighet/potensiale til å gjenvinne/øke funksjonsevne • Mye hjelp fra hjemmesykepleie (mange tiltak) i mer enn 3 måneder

Alle kommunene presiserer at det ikke er selve diagnosen som er det som avgjør om brukeren får tilbud om hverdagsrehabilitering eller ikke, det er behovet brukeren har som følge av en diagnose eller skade som er avgjørende for hvilke tjenester som skal tilbys. De er også

bevisste på at brukerne har behov for tverrfaglig oppfølging, at det ikke er bare er behov for hjelp fra en faggruppe. Alle kommunene legger stor vekt på at brukeren skal settes i sentrum, og at det er brukernes egne mål, ønsker og behov som skal være utgangspunkt for den hjelpen som gis. De skal trekkes aktivt inn i prosessen med å utarbeide mål og tiltak, der teamet rundt brukeren skal fungere som støtte og motivasjonskilde for å fremme dette.

En annen ting alle kommunene vektlegger er motivasjon hos den enkelte bruker. Brukeren må være motivert, eller mulig å motivere, til å selv gjøre en innsats for å bedre sitt funksjonsnivå.

I Oxford dictionary of psychology (2006) defineres motivasjon som:

"A driving force or forces responsible for the initiation, persistence, direction, and vigour of goal-directed behaviour. It includes the biological drives such as hunger, thirst, sex and self-preservation, and all social forms of motivation such as need for achievement and need for affiliation" (Colman, 2006:479).

Alle kommunene sier at motivasjon er en avgjørende faktor i forhold til viljen til å bedre funksjon hos den enkelte bruker, men de vektlegger også at de må ha et rehabiliteringspotensial. I det legger de at de ser at brukeren kan ha bedre nytte av rehabilitering enn av andre pleie- og omsorgstjenester, og at de har et funksjonsnivå som det er mulig å forbedre. En erfaring alle kommunene har gjort seg er at noen av de brukerne de har fått henvist har vist seg å ha hatt et såpass stort fall i funksjonsnivå at de har hatt bedre nytte av pleie og omsorg enn av rehabilitering. En utfordring er hvordan man skal vurdere om en bruker er motivert eller ikke. Hva er det som avgjør om brukeren er motivert nok til å kunne ha nytte av et tilbud om rehabilitering i hjemmet? Hvem er som tar avgjørelsen om tilbudet skal gis eller ikke hvis brukeren alt har fått et vedtak? Dette er problemstillinger som ofte dukker opp og som de ulike kommunene jobber kontinuerlig med å vurdere. Det er viktig at brukeren skal føle at hun/han betyr noe og har kontroll og innvirkning på eget liv. Som sosiale individer er egenverdi og verdighet noe vi alle opplever i forhold til andre (Bredland, Linge og Vik, 2006).

5.4.5 Koordinering og tildeling av tjenester

Rehabilitering er en prosess, og ikke enkeltstående tiltak. Først når flere tiltak og aktører spiller sammen på en planlagt måte, kan dette kalles rehabiliteringstiltak. I følge § 5. i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* skal kommunen

planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Ansatte ved tildelingskontoret i kommunen har en sentral rolle i forhold til å fange opp aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering. Da det er de som fatter vedtak på hvilke tjenester brukerne skal få, er det viktig at de også settes inn i hva hverdagsrehabilitering er, hvordan tjenesten fungerer og hvilke brukere den er beregnet på. Rambøll (2012) sier at det mest sentrale samarbeidet i satsningene rundt om i kommunene er det interne samarbeidet mellom rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten og tildelingsenheten.

I kommune Nord er det to personer, fordelt på 20% stilling, ved tildelingskontoret som i hovedsak har ansvar for å fatte vedtak for brukere til hverdagsrehabilitering. De har deltatt i prosjektgruppa siden de begynte med planleggingsfasen, noe som har ført til at de har fått god innsikt i satsingen og dermed er de i stand til å fange opp potensielle brukere. Det er organisert slik at de to ansatte deltar fast i ukentlige møter med det tverrfaglige prosjektteamet, der de sammen gjør en vurdering av hvilke brukere som er aktuelle til å få tilbud om hverdagsrehabilitering. Når det gjøres et vedtak i forhold til rehabilitering i hjemmet settes det for en avgrenset tidsperiode, og det spesifiseres at brukeren får et mer omfattende tilbud i starten, som gradvis vil bli mindre.

I kommune Sør har pleieren i det tverrfaglige teamet fungert som koordinator. Det har vist seg å være hensiktsmessige og har vært en god løsning for teamet. Det har ført til at hun hele tiden har hatt oversikt over aktuelle brukere og vært oppdatert på deres tilstand og behov. Det tverrfaglige teamet har et tett samarbeid med tildelingskontoret, men det er de selv som avgjør hvilke brukere som de ønsker å ta med i prosjektet.

Alle kommunene har fokus på forebyggende og tidlig innsats. Det de har erfart så langt er at dette ikke alltid er like lett å få til på grunn av mangel på ressurser og prioritering av brukere. Fram til nå har kommune Nord i hovedsak prioritert brukere som har søkt tjenester for første gang. Men de har også tatt med brukere som har hjemmesykepleie da hjemmetjenesten har fanget opp et behov og meldt det til tildelingskontoret. Informantene i kommune Øst sier at det er viktig at de på tildelingskontoret vurderer og stiller spørsmål ved hvorfor den enkelte bruker har behov for akkurat det tilbudet det søkes om. Hvorfor har de behov for

matombringing? Hva er det som gjør at de ikke klarer dette på egenhånd?. De mener derfor at det er viktig med tverrfaglighet på tildelingskontoret for å få et bredere syn og forståelse. Videre påpeker de viktigheten av at det utarbeides vedtak med rehabiliteringsfokus, der målet er at brukerne skal få bistand til å kunne jobbe mot å skulle klare å mestre hverdagen mest mulig på egenhånd. De mener at dette er viktig da det er det som står i vedtakene som hjemmetjenesten tar utgangspunkt i, og som brukerne forventer å få hjelp til.

5.4.6 Kartlegging

I kommune Sør kartlegger de i hovedsak brukerens ressurser og begrensninger gjennom samtale og observasjon. De påpeker at de ikke har prioritert å bruke spesifikke kartleggingsverktøy i dette prosjektet, men at når hverdagsrehabilitering skal innføres på fulltid etter jul vil de benytte ulike kartleggingsverktøy, som blant annet COPM.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert instrument laget for å måle brukerens vurdering av aktivitetsutførelse, og er egnet som bruk i behandling av brukere med forskjellige funksjonsvansker, uavhengig av utviklingsnivå og alder. COPM kan brukes til å identifisere problemområder innen aktivitetsutførelse, vurdere hvordan brukeren prioriterer sine daglige aktiviteter, vurdere utførelse og tilfredshet i forhold til disse aktivitetene og måle endringer i brukerens oppfattelse av egen aktivitetsutførelse i løpet av behandlingen. Instrumentet er i utgangspunktet utviklet av og for ergoterapeuter (Law, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 2002).

Kommune Nord benytter COPM som kartleggingsverktøy. Der er det ergoterapeuten som har gjennomført kartleggingene frem til nå, men teamet har erfart at det er for lite med bare en person som kan kartlegge og at det blir for sårbart. Ergoterapeuten skal derfor ha opplæring av fysioterapeuten og sykepleieren i teamet slik at de også kan anvende kartleggingsverktøyet hvis ergoterapeuten ikke har kapasitet til å nå over alt. De synes at COPM er et hensiktsmessig verktøy i forhold til hverdagsrehabilitering, og de synes at det har fungert bra da brukerne skal definere inntil 5 aktiviteter som har stor betydning i hverdagen. Disse aktivitetene brukes videre når det skal utarbeides mål og tiltak. De føler at de ser samsvar mellom det brukeren sier og det som kommer frem gjennom kartleggingen.

De tar også utgangspunkt i ICF-modellen når de kartlegger brukernes funksjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse – ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Den bygger på en forståelse av funksjon og funksjonshemming som forener disse perspektivene i en biopsykososial modell. I følge Grue (2004) er målsettingen med ICF å kunne identifisere konsekvenser forbundet med helsemessige forhold, innenfor ulike sosiale kontekster. ICF er et klassifiseringssystem som bygger på fire dimensjoner:

Kroppsfunksjoner, kroppsstruktur, aktiviteter og deltakelse samt miljøfaktorer (ibid). De overordnede mål for ICF er til dels å etablere et enhetlig og standardisert språk og til dels et verktøy for beskrivelse av helse og helserelaterte forhold. Samtidig legges vekt på å se individets helseforhold og fungering i en total sammenheng. ICF søker å kunne presentere et sammenfallende syn på helse ut fra et biologisk, et individuelt og et sosialt perspektiv. Klassifikasjonen er særlig nyttig innen habilitering, rehabilitering, geriatri, arbeids- og trygdemedisin og andre områder hvor helse og funksjon skal vurderes i en bredere sammenheng enn som sykdom isolert sett (Helsedirektoratet, 2011).



Fig. 1 viser hvordan de ulike dimensjonene gjensidig innvirker på hverandre (Bautz-Holter, Sveen, Søberg & Røe, 2006).

Etter at kartleggingen er gjort besøker fysioterapeut og/eller ergoterapeut og hjemmetrenerne brukeren sammen. Da får hjemmetrenerne opplæring/veiledning av fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier, avhengig av hva brukeren har behov for hjelp til, i hvordan de skal utføre trening og bistand videre i rehabiliteringsprosessen.

I kommune Øst går de inn og kartlegger hva er problemet og hvordan kan det løses. Hva er det som gjør at ”Kari” ikke klarer å dusje på egenhånd? Hvorfor klarer ikke ”Ivar” å smøre brødsdiven sin selv?. De benytter seg av både COPM og ICF som verktøy når de kartlegger brukernes funksjon. COPM blir brukt i innsatsteamet og de ser at dette er et hensiktsmessig kartleggingsverktøy når de skal jobbe med rehabilitering i hjemmet.

De fleste av brukerne som har deltatt i prosjektene i de ulike kommunene mottok tjenester fra hjemmetjenesten før de ble med i prosjektet. Dette har kommunene erfart som en styrke da de ansatte i hjemmetjenesten allerede hadde en del innsikt i brukerens funksjonsnivå, og de satt dermed på verdifull informasjon. Dette førte til at det ikke alltid var nødvendig med en like grundig kartlegging som ved andre tilfeller. En styrke ved å jobbe tett sammen med hjemmetjenesten er at de er inne hos brukerne til ulike tider gjennom døgnet. De har dermed mulighet til å kunne se hvordan brukerne fungerer til ulike tidspunkt i døgnet. Noen har best kapasitet om kvelden, mens andre fungerer best om morgenen. Ut i fra dette kan man vurdere når på døgnet man skal legge treningen for å få mest mulig ut av den. I tilfeller der brukerne kommer direkte fra sykehus eller en rehabiliteringsinstitusjon har noen av kommunene etablert rutiner på å foreta en kartleggingssamtale allerede før utskriving der det er mulig. De har erfart at dette har ført til å trygge brukerne i overgangsfasen fra institusjon til hjem, og at de har følt seg mer forberedt på det som venter når de kommer hjem. De ulike kommunene har erfart at tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren, og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening, øker mestringsevnen og reduserer behovet for hjelp fra hjemmetjenesten.

5.4.7 Tidsbruk

Kommune Nord har i hovedsak satt som ramme at alle brukerne skal få tilbud om hverdagsrehabilitering i tre uker. Deretter trappes tilbudet gradvis ned, og de gjennomfører evalueringer og eventuelle endringer i tilbudet i tråd med brukers utvikling underveis. Etter endt intervensjon gjøres så en sluttvurdering der det vurderes hva brukeren har oppnådd, om brukeren klarer seg på egenhånd eller om de har behov for noen form for bistand fra kommunen. De har ved behov også fortsatt med trening utover de tre ukene som var tenkt.

I kommune Sør har de gått inn til alle brukerne i 3 uker uansett, og da er de inne minimum 3 dager i uken der de har funksjonell trening, og dette er likt for alle. De har hatt noen tilfeller

der de har utvidet tiden litt lenger. Når de er på vurderingsbesøk er det alltid to fra teamet som reiser, som oftest er det hjelpepleieren og en terapeut for å få den tverrfaglige tilnærmingen.

Kommune Øst har i utgangspunktet en tidsramme på 4 uker, men at det tas hensyn til individuelle behov, og at hvis en bruker har behov for det kan de bistå den enkelte i 2-3 måneder. De er opptatt av en rask oppstart av rehabiliteringsprosessen når de får henvist nye brukere. Når de får en henvisning fra tildelingskontoret der det er behov for rask mobilisering og tverrfaglig tenkning, tar innsatsteamet kontakt innen tre arbeidsdager og avtaler et hjemmebesøk. De er da to fagpersoner på første besøk der de vurderer brukerens funksjonsnivå. Som oftest bruker de 1-2 uker på kartleggingen, og i løpet av denne perioden starter de også med behandlingen.

En av erfaringene de har gjort seg i Östersund er at for at hverdagsrehabilitering skal fungere med hjemmetjenesten som base, må kontinuitet som betydning og forekomst diskuteres. Det er viktig at de ulike temaene reflekterer over hva de legger i kontinuitet og stiller spørsmål som; *Hva er kontinuitet og når er det oppnådd?*. Hun presiserer at for å ha en kontinuerlig oppfølging av brukerne er det viktig med god planlegging, utarbeidelse av mål og dokumentasjon. Det er viktig med god dokumentasjon og planlegging hvis andre i temaet må steppe inn og ta over for en annen i teamet underveis i prosessen (Månsson, 2007). Hun sier også at det er viktig at teamet tar seg tid til å stoppe opp og reflektere over det som blir gjort, og kontinuerlig vurdere effekten av det de gjør. Hun sier:

”Mitt råd är därför at även stanna upp och reflektera över hus uppföljningsarbetet fungerar i olika delar- status i förhållande till behov och problem, mål med insatserna och behov av bekräftelse, hemtjänstpersonalens värdefulla arbete och behov av bekräftelse” (Månsson, 2007:46).

Kommune Nord har erfart at arbeidstid blant hjemmetrenerne er en utfordring da de i tillegg til å være deltidsansatte i teamet, også jobber i den ordinære hjemmetjenesten hvor de jobber turnus. En utfordring som kommer med dette er at de sjelden er på jobb likt som de andre i det tverrfaglige teamet, noe som fører til at det kan være vanskelig å finne tidspunkter for å gjennomføre tverrfaglige møter. Tidspress er en utfordring alle kommunene har møtt på, spesielt når rehabiliteringsteamet har trukket seg ut og hjemmetjenesten skal overta. De ansatte i hjemmetjenesten har begrenset med tid hos den enkelte bruker, og enkelte ganger er det ofte raskere om de ansatte utfører en oppgave, enn om bruker selv skal utføre den. I

dagens samfunn har vi altfor liten tid, noe som resulterer i et travelt tjenesteapparat. Dette fører i enkelt tilfeller til at fagpersonell ønsker å komme fort i gang med prosessen, og dermed overkjører brukerne (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009).

5.4.8 Holdningsendring blant de ansatte - et paradigmeskifte

Endring av tankegang og arbeidsmetoder innen rehabilitering hos ansatte innen pleie- og omsorgstjenestene kan være krevende. Det å skulle skape holdningsendring i en innarbeidet arbeidskultur er en tidkrevende prosess. Rambøll (2012) sier at målrettet informasjon er viktige stikkord i denne sammenheng. For å sikre en god og bred forankring av informasjonen er det viktig at informasjonen som gis er tilpasset de ulike målgruppene, og at den gjentas i flere omganger. Rambøll (2012) påpeker at det er viktig at de ansatte innen de ulike tjenestene opplever at satsningen er noe som hele kommunen er samlet om, at de opplever å få eierskap til satsningen, ikke at den blir tredd ovenfra og ned. Det er derfor viktig at satsningen er tydelig tverrfaglig forankret, slik at alle føler seg inkludert. Informasjonen som gis til ledere for ulike tjenester må være mest mulig lik for å sikre at kommunen jobber mot et felles mål på tvers av avdelinger.

Hvordan de ulike kommunene har valgt å løse dette på varierer ut ifra hvilken tilnærming eller organiseringsform kommunen har valgt for satsningen. Siden kommune Øst i hovedsak har valgt å satse på kompetanseheving blant de ansatte i hjemmetjenesten, slik at de kan drive med rehabilitering, har de jobbet jevnt med å ha kurs og opplæring av de ansatte. Kommune Nord har blant annet valgt å utvikle en egen informasjonsbrosjyre om hverdagsrehabilitering der de gir kort informasjon om hva tilbudet går ut på, hvorfor de satser på det, hva brukere kan forvente av tjenesten og kontaktinformasjon. Brosjyren er i hovedsak rettet mot brukere og pårørende, men de har også brukt den i informasjonsarbeid ut til øvrige helsetjenester, eldreråd og brukerorganisasjoner.

En måte å skape engasjement for satsningen blant de ansatte kan være å vise til konkrete eksempler og resultater for brukere som mottar rehabilitering i hjemmet. Flere av kommunene har gjort dette noe som har vist seg å bli en suksess. Dette kan føre til at de ansatte ser at dette er en verdig og helhetlig måte å gi omsorg på, som gir brukerne en følelse av mestring og muligheten til å kunne bo lenger i eget hjem. Da kan de også se at det ikke bare er en måte for kommunen å spare penger på, men en måte å sikre at de får et verdig tjenestetilbud.

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra vanlig hjemmetjenester på en rekke vesentlig punkter. Det første er formålet der arbeidet i den alminnelige hjemmetjenesten tar utgangspunkt i målene som er formulert ut fra lovverket og brukers rettigheter, for eksempel hjelp til personlig hygiene, tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i målene som er satt i samarbeid med bruker. En annen forskjell er fokus. Tjenesteyter i den alminnelige hjemmetjenesten er ofte opptatt med å løse oppgaver for bruker, mens tjenesteyter i hverdagsrehabilitering er opptatt av at bruker skal klare oppgaven helt eller delvis på egenhånd. Den siste forskjellen er tidsbruk, der tidsforbruket i den alminnelige hjemmetjeneste er konstant og eventuelt stigende over tid, mens i hverdagsrehabilitering brukes det mye tid i starten, mens tidsforbruket reduseres etter hvert som bruker oppnår bedre funksjon.

Det å skulle endre tankegang og jobbe mer med hendene på ryggen kan være en lang prosess. Man må begynne å stille seg nye spørsmål når brukerne opplever vansker med å gjennomføre ulike aktiviteter. Hva er det som er hovedproblemet? Hva kan gjøres for at du skal klare dette? Det er fort at helsepersonellet løser problemet for brukeren ved å hjelpe til og gjøre aktiviteten for dem. En av informantene sa:

”Å være snill og god sykepleier, er å gjøre for”.

De i kommune Øst håper at arbeidet de legger ned i å endre holdninger hos de ansatte i hjemmetjenesten skal føre til at de ser på behandling og pleie med nye øyne, og at det motiverer til at de klarer å jobbe mer med hendene på ryggen. Målet er også at de skal bli mer bevisst på hvordan de jobber og hva de faktisk hjelper til med. Et eksempel de tar fram som de kan bruke for å bevisstgjøre de ansatte på hvor lite som skal til for å få til en endring er at ofte tar hjemmetjenesten med seg avisen inn til brukerne når de kommer om morgenen for å være snill, i stedet for at brukeren selv går de 50 meterne bort til postkassen og henter avisen selv. En av informantene sa:

”Og tenk på alle de brødkivene som blir smurt for brukerne rundt om i landet. Det er nok flertallet av disse som egentlig kan smøre sine egne brødkiver”.

Det er da viktig å stille seg spørsmål som hva er det som gjør at de ikke klarer dette selv? Er det fysiske eller psykiske barrierer/hinder som gjør dette?

En annen ting de påpeker er at det er viktig å være tidlig inne med riktige holdninger og

riktige forventninger. Dette gjelder både helsepersonellens holdninger og forventninger i forhold til brukeren, men også brukernes holdninger og forventninger til helsepersonellet. De må være klar over at dette er deres rehabiliteringsprosess og at det er de som skal, i samarbeid med tjenesteyterne, gjøre jobben.

I kommune Sør har de sett at holdningene blant de ansatte i hjemmetjenesten har endret seg. De synes det er gøy å jobbe med hverdagsrehabilitering, de har begynt å tenke litt annerledes og de ser nå resultater av det de gjør for brukeren. De opplever det som givende og spennende å jobbe mot samme mål sammen med brukeren og andre faggrupper. Sykepleierne i de tverrfaglige teamene opplever det å ha bedre tid til brukerne som positivt. At de ikke må skynde seg på samme måte som de må i den ordinære hjemmesykepleien da de ikke har det samme tidspresset. Et annet pluss som ansatte i hjemmesykepleien har gjort seg er at ved at brukerne får et bedre funksjonsnivå blir arbeidet deres fysisk lettere med færre tunge løft. Kommunene opplever også at det skapes en større bevissthet rundt brukernes rehabiliteringspotensial, ved at de ansatte i hjemmetjenesten inkluderes i tilbudet om rehabilitering i hjemmet.

5.4.9 Holdningsendring blant brukerne – et paradigmeskifte

En av informantene sa:

”Danskene sier at det er et paradigmeskifte fra ’lengst mulig i eget hjem’ til ’lengst mulig i eget liv’ der klassisk pleie er erstattet med forebygging og rehabilitering”.

For at dette skal være mulig må tankegangen endres, både hos helsepersonellet og brukerne. I følge §2 i rehabiliteringsforskriften (2001) handler habilitering og rehabilitering om prosesser der flere aktører samarbeider om å yte nødvendig bistand til brukerens egen innsats.

Helsearbeidere må mer inn å assistere i stedet for å fysisk yte helsehjelp, tankegang og roller må endres. Normann, Sandvin og Thommesen (2009) sier at i stedet for at tjenesteyteren har styringsansvar skal han være veileder, rådgiver og assistent for brukeren. Da er det brukerens rolle å ta tjenesteyterens bidrag i bruk i egen utvikling. Videre kan dette være med å gi brukeren følelsen av å ha reell innflytelse og kontroll over egen rehabiliteringsprosess.

For at dette skal være mulig må tjenesteyteren forstå hva som ligger i og hvilken betydning begreper som brukers rettigheter, respekt for brukers integritet, brukers perspektiv,

medvirkning, innsats og innflytelse har å si innen rehabiliteringsområdet (Normann, Sandvin og Thommesen, 2009). Flere av informantene vektlegger viktigheten av å få kunnskap om og forstå betydningen av disse begrepene allerede under utdanningen. De mener også at det er viktig at de får muligheten til å tilegne seg kunnskap og erfaringer om hvordan de skal bruke begrepene i praksis. Bollingmo et al. (2004) vektlegger at bistand fra andre må ytes på en slik måte at brukeren ikke opplever å bli overkjørt. Det handler om å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

I prosjektrapporten ”*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*” (Ness et.al, 2012) sier de at hverdagsrehabilitering er et paradigmeskifte der man går fra *hva er problemet du trenger hjelp til?* til *hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå*, og fra *lengst mulig i eget hjem* til *lengst mulig aktiv i eget liv*.

Befolkningen må vite at de nå vil bli møtt på en annen måte der de selv har ansvar for egen helse. Det er brukerne som er eksperter på seg og sitt liv, og derfor må de i samarbeid med tjenesteyterne, delta aktivt i rehabiliteringsprosessen slik at man kan finne frem til tilfredsstillende og hensiktsmessige løsninger. De har en kompetanse vi som helsepersonell ikke har, en kompetanse som er avgjørende for å jobbe effektivt mot et felles mål (Bredland, Linge og Vik, 2006). Vi som tjenesteytere kan gi råd og bidra med kompetanse som brukerne trenger, men det er brukerne selv som bestemmer målene og prioriteringene. Helgesen (2008) sier at:

”Hjelpevirksomhet handler på den ene siden om å gi folk nødvendig støtte, omsorg og beskyttelse. Samtidig handler det om å stille dem overfor realistiske krav og forventninger, og motivere dem til egeninnsats og selvhjelp slik at de klarer å ta tilbake kontrollen over eget liv”.

Når det kommer til stykket, vil de aller fleste klare seg selv i hverdagen og fortsette lengst mulig med de aktiviteter og gjøremål de er vant til og trygge på. For mange kan det imidlertid være en vanskelig barriere å komme i gang med rehabilitering og trening etter alvorlig sykdom eller funksjonstap. Da er det ikke nok bare å få informasjon og veiledning. Like viktig blir det å motivere og støtte (NOU 2011:11). En informant sa:

”Det er lett å bli passivisert og bare sitte og ta imot hjelp fra hjemmesykepleien. At en del er ensomme, forstår vi godt, men det kan ikke være grunn til passivering, mener de”.

Mange av brukerne som har deltatt i prosjektene opplever det positivt at rehabiliteringen foregår i hjemmet. Da kan treningen tilpasses de omgivelsene som brukeren vanligvis ferdes i, noe som fører til at effekten av opptreningen blir direkte overført til brukerens daglige omgivelser. En annen gevinst ved at treningen foregår i vante omgivelser er at det skaper en trykghetsfølelse, samtidig som det kan forhindre forvirringen som ofte oppstår ved å bli tatt ut av sitt vante miljø. Flere av brukerne opplever å ha oppnådd et bedre funksjonsnivå ved å motta rehabilitering i hjemmet. De har utviklet ferdigheter som gjør de i stand til å fungere bedre i eget hjem som igjen fører til at de kan bo lenger i eget hjem.

5.4.10 Holdningsendring blant pårørende- et paradigmeskifte

Pårørende er et begrep som vi alle har et forhold til. Vi har en forståelse for hva det betyr, men vi bruker det ikke når vi snakker om familien vår. Vi bruker det i hovedsak når vi snakker om familien vår i forhold til sykdom, eller dødsfall eller andre situasjoner der vi trenger å avklare forhold.

I pasientrettighetsloven er det helt klare definisjon av pårørende :

”Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette”

(Pasientrettighetsloven, 2001: §1-3.b).

Bøckmann og Kjellebold (2010) beskriver pårørendes forskjellige roller. Pårørende kan være informant og være viktig både for utredning, behandling og rehabilitering gjennom deres kjennskap til livshistorie, ressurser og hvilke symptomer de ha hatt. De beskriver også rollen som likeverdige samarbeidspartner med helsepersonell. De kan gi forslag til løsninger og informasjon og ha ideer som gir gode løsninger. Pårørendes rolle kan være som omsorgsgiver

i forhold til praktiske oppgaver. Denne rollen mener Bøckmann og Kjellevold (2010) bør være frivillig og forutsetter tilstrekkelig informasjon og støtte i forhold til oppgaven. Rollen som en del av pasientens nærmiljø som vil være der gjennom at de samme er der selv om helse endrer seg og behandlingssted endrer seg. Når pårørende skal være pasientens representant, altså skal opptre på vegne av pasienten, skal det være når pasienten ikke har samtykke kompetanse, eller åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Det kan også skje dersom pasienten spesielt ber om det, da med fullmakt.

Engedal & Haugen (2009) forteller at en persons selvstendighet kan fremmes ved å gi pårørende veiledning og rådgivning. Pårørende kan få veiledning og rådgivning i forhold til hva de bør være oppmerksomme på, og hvordan de kan hjelpe brukeren å bli mest mulig selvstendig i hjemmesituasjon (Kristensen & Nielsen, 2006). På denne måten kan det føre til at brukeren fungerer bedre både funksjonelt og sosialt, blant annet ved at pårørende kan hjelpe bruker til å opprettholde rutiner og roller.

Pårørende til brukere i de kommunale tjenestene er mange og har ulike livssituasjoner og behov. Pårørende til eldre brukere av den kommunale omsorgstjenesten er den største gruppen og vil øke i årene som kommer. De siste ti årene har imidlertid andelen tjenestemottakere under 67 år blitt mer enn fordoblet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor forholde seg til pårørende eller nærpersoner til brukere i alle aldersgrupper, og som har ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp (Meld. St. 29, 2012-2013)

De fleste ønsker å gjøre en innsats når deres nærmeste får behov for bistand. Framtidens omsorgstjenester må samhandle med pårørende slik at de opplever at det er behov for dem, men uten at de blir utnyttet. For kommunene handler dette om en tilnærming som kan utløse det ressurspotensialet som pårørende representerer. Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og brukerne og deres pårørende. Som del av en aktiv og tydelig pårørendepolitikk, skal det legges til rette for et mer omforent samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andre partenes rolle, behov og innsats. Pårørende bør også få opplæring og kunnskap om sykdommer, aktuelle behandlings- og støttetiltak. Kommunene påpeker viktigheten av å inkludere pårørende i prosessen.

En av informantene sa:

”Det er viktig å tenke på at dette ikke bare berører bruker, men også de rundt. De er redde for at mor eller far ikke får den hjelpen de trenger eller har krav på. Det er derfor viktig at de får informasjon om hva som skjer, slik at de kan forsikres om at mor får den hjelpen hun trenger”.

En ting man må ta hensyn til når man gjennomfører rehabilitering i hjemmet er pårørende til brukeren. Mange pårørende opplever det å ha personell i hjemmet flere ganger om dagen som en belastning. Det er derfor viktig å ta hensyn til deres ønsker og behov også, selv om det er brukeren personellet er der for å bistå. De vi har rundt oss påvirker oss i stor grad i forhold til hvordan vi har det, hvordan vi fungerer, hvordan de forholder seg til oss, og hvordan samspillet mellom oss og dem som omgir oss utvikler seg (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009).

Det er spesielt blant eldre at ønsket om å komme i gang igjen, er stort. En informant sa:

”Generasjonene før oss er kanskje mer vant til å klare seg selv, og så er de kanskje ikke så kravstore som oss. De vil gjerne sette i gang med baking og huslige oppgaver så snart de har mulighet. Men vi opplever jo at en og annen slektning er mer opptatt av hva brukeren har krav på enn at de blir rehabilitert”.

Alle kommunene har erfart at pårørende både kan være en ressurs og en begrensning i forhold til hverdagsrehabilitering. Mange pårørende er redde for at deres kjære skal miste de tjenestene de har krav på, mens noen ønsker å bistå i rehabiliteringsprosessen. Noen av informantene hadde opplevd at brukeren ønsket og klare å gå til postkassen for å hente avisen hver dag, mens de pårørende ikke ønsket det da de var redde for at brukeren skulle falle. Informantene påpeker derfor viktigheten av at det er brukerens mål og ønsker som skal stå i fokus da det er deres rehabiliteringsprosess, samtidig som det er viktig at de pårørende får tilstrekkelig med informasjon om hva hverdagsrehabilitering er, hva som er målet og hvordan det gjennomføres. Videre sier de at det er viktig at de pårørende også blir inkludert i rehabiliteringsprosessen, men at de da må fungere som en ressurs som bygger opp under brukerens mestring.

5.4.11 Dokumentering

Kommune Nord og Sør bruker IPLOS-registrering som dokumentasjonsverktøy ved begynnelse og slutt på intervensjonen. IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et sentralt pseudonymt² helseregister med standardiserte data med opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov (Helsedirektoratet, 2011).

Alle kommunene trekker fram viktigheten av gode systemer for å utveksle informasjon på tvers av faggruppene. Kommune Øst har gjort seg gode erfaringer med å benytte et nytt elektronisk journalsystem der det tverrfaglige teamet kan utveksle informasjon med tildelingsenheten og fastleger. Dette har ført til at mye blir dokumentert og de ulike aktørene som er involverte i en sak kan følge med på utviklingen. Det jobbes også med å knytte sykehusene til det samme systemet. De to andre kommunen opplever at det kan være en utfordring å skulle utveksle informasjon om brukere på tvers av tjenesteområder. De sier at de ser at det er viktig at de involverte partene blir enige om en struktur for den informasjonen som skal deles, at det ikke er opp til sykepleier, lege eller andre hva som formidles. I kommune Nord bruker de kommunens journalføringssystemet som kommunikasjonsverktøy der de dokumenterer hva de gjør i forhold til de enkelte brukerne som deltar i prosjektet.

Kommune Nord har erfart at det å få til en tilstrekkelig registrering og dokumentasjon i forhold til deltakelse og resultat, er en utfordring som trenger videre fokus fremover. Fagforbundet presiserer at det er viktig at også brukernes bedring dokumenteres når pilotprosjektene gjennomføres, ikke bare de økonomiske gevinstene. Dette for at ledelsen også skal se at brukerne er tilfredse med det tilbudet de får gjennom hverdagsrehabilitering og at de har nytte av det.

Alle kommunene savner det å ha et godt og velfungerende dokumentasjonsverktøy der de kan innhente og utveksle informasjon om brukerne på tvers av faggruppene. Siden de har begrenset med tid til å møtes og har hektiske arbeidsdager, mener de at det å ha et sted der de kan utveksle skriftlig informasjon er viktig. Det er også viktig for å kunne dokumentere

² At registeret er pseudonymt betyr at navn og adresse ikke finnes i registret. Fødselsnummeret er erstattet med et tilfeldig nummer, slik at andre ikke skal kunne finne informasjon om deg og din identitet. Registeret gir landsdekkende statistikk om alle lovpålagte helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2011).

jobben de gjør med brukerne og for å kunne vise til resultatene de oppnår. To av kommunene benytter IPLUS-registrering og kan dermed vise til resultater der, men de opplever at dette ikke er dekkende nok i forhold til å kunne legge disse resultatene til grunn for at det burde satses videre på hverdagsrehabilitering i kommunene.

6.0 utfordringer

Kommunene som deltok i undersøkelsen forteller om noen utfordringer de ser som kan være med å gjøre jobben med å innføre hverdagsrehabilitering vanskelig. De har erfart at geografi og sosiale aspekter/betydning for brukerne er noen eksempler på utfordringer.

6.1 Geografi

Geografien er en av de største utfordringene i forhold til å drive med hverdagsrehabilitering i Norge. Avstandene er store. Dette er en av de største forskjellene mellom Norge og Danmark/Sverige. For eksempel så har Danmark bare 98 kommuner der den minste kommunen har rundt 20 000 innbyggere, mens i Norge har den minste kommunen (pr. 1.januar 2013) 209 innbyggere. Det at mange norske kommuner har færre innbyggere og strekker seg over større geografiske områder kan være med å gjøre det vanskelig å etablere hverdagsrehabilitering i kommunen.

Siden vi har mange små kommuner i Norge er det også viktig å øke samhandlingen mellom sykehus, fastlege og kommunale aktører. (Få inn det med interkommunalt samarbeid her). En løsning på dette kan være interkommunalt samarbeid på tvers av kommunene. Flere nabokommuner kan gå sammen og utvikle et prosjekt rundt hverdagsrehabilitering.

Ressursbruken i omsorgssektoren er i stor grad rettet mot pleie av alvorlig syke og tiltak som kompensere for funksjonstap. Det er fortsatt sentralt å ta vare på og verdsette den omsorgen som vedlikeholder funksjonsnivå, lindrer smerte og står for grunnleggende stell og pleie. Samtidig må vi åpne for nye tilnærminger, med et mer aktivt fokus på brukernes egne ressurser. Regjeringen vil derfor bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats

6.2 Sosiale aspekter/betydning

En erfaring alle kommunen har gjort seg er at mange av brukerne de er innom opplever å være ensomme og føler seg isolerte. Det er mange som ikke har familie rundt seg og de har ikke noen form for sosial omgang med andre i livet sitt, da de ikke er i stand til komme seg til sosiale arrangementer og lignende på egenhånd. For mange er derfor de minuttene hjemmetjenesten er innom den eneste menneskelige kontakten de får med andre gjennom en dag, og derfor er den veldig verdifull for dem. Det er mye mulig at de faktisk klarer å ta på og av støttestrømpene på egenhånd, eller at de klarer å dusje selv, men siden de ikke har kontakt med andre er det viktig for dem å få denne hjelpen for å få dekt sitt behov for sosial omgang med andre. Det kan i mange tilfeller være aktuelt å bistå bruker med å finne tilbud som kan dekke deres sosiale behov. Det kan for eksempel være aktuelt å trekke inn dagsenter, trimgrupper eller frivillige organisasjoner som på ulike måter kan bidra til å dekke brukernes behov. De kan også ha behov for hjelp til å gjenoppta kontakten med et tidligere kjent miljø som kirken, historielaget og lignende, samtidig som de kan introduseres for nye aktiviteter.

En informant sa:

”De frivillige og deres innsats har kjempe stor betydning i arbeidet med hverdagsrehabilitering. For eksempel så kan en besøksvenn fra Røde Kors gå en spasertur sammen med en bruker et par ganger i uken, og slik dekke behovet for både mosjon og sosial kontakt samtidig”.

Kommune Øst påpeker hvor viktig frivillighetsarbeid er i forhold til den sosiale biten hos brukerne. Den sosiale biten er for mange den viktigste. Det å kunne snakke med og møte andre er for mange en viktig del av hverdagen. De mener derfor at det er viktig å få inn frivillige i arbeidet med hverdagsrehabilitering. Det er viktig at brukeren opplever at han/hun betyr noe, og at de har kontroll og innvirkning på sitt eget liv. Egenverdi og verdighet er noe alle opplever i forhold til andre, da vi er sosiale individer. På bakgrunn av dette er selvbilde ikke noe vi har, men noe vi får gjennom sosiale samspill med andre (Bredland, Linge og Vik, 2006).

Kommune Nord har for eksempel hatt gode erfaringer med å trekke inn frivillige organisasjoner der de ser at bruker også har behov for å få dekket et sosialt behov. Alle kommunene påpeker hvor viktig det er at frivillige må rekrutteres, motiveres, opplæres, følges opp og ivaretas. Forskning viser at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats

som et supplement til å utvikle kvalitativt omsorgstjenester (Meld. St. 29, 2012-2013).

7.0 Avslutning

Endringene innen helse- og omsorgssektoren har forandret seg de siste tiårene. Kommunenes ansvarsområder utvides og de vektlegges et større ansvar for den enkelte bruker nå enn de har hatt før. Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009), ny helse- og omsorgslov (2011) og nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), angir til dels store endringer i helse- og velferdstjenestene i Norge. Bakgrunnen for endringen er primært den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Svært mange unge og eldre må leve med funksjonsnedsettelse og kroniske lidelser som kan gjøre hverdagen vanskelig. Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på hvilke muligheter brukerne selv har til å delta i planlegging og produksjon av tjenesteytingen, og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Det snakkes om et paradigmeskifte der det handler om å gå fra *”lengst mulig i eget hjem”* til *”lengst mulig i eget liv”* der klassisk pleie er erstattet med forebygging og rehabilitering. For å kunne møte disse utfordringene må det endring til. Et levende velferdssamfunn skal hjelpe innbyggerne til å utnytte sine egne ressurser best mulig, og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere. Den største omsorgsressursen ligger derfor ofte hos brukerne selv. Aktivisering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt bedre resultater for brukerne, og bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser.

Med tanke på utviklingen av dagens samfunn, vil morgendagens brukere ha høyere forventninger og krav til offentlige tjenester, samtidig som de vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne. Den nye brukerrollen forutsetter en omsorgstjeneste som i større grad enn tidligere, kartlegger og forstår brukerens behov, gir brukerne informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem, og som setter befolkningen i stand til å ta et større ansvar for egen framtid. Thommesen (2010:18) sier at: *“(…) rehabilitering dypest sett handler om hvordan samfunnet (herunder hjelpeapparatet) behandler mennesker som trenger offentlig støtte og hjelp for å utvikle seg og for å håndtere hverdagens små og store utfordringer”*.

Styringsgruppa bak rapporten *hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* anbefaler å anvende hverdagsmestring som tanke sett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform. De

mener at det kan være med å bidra til kvalitativt å bedre tjenester for innbyggerne, og bidra til mål om en aktiv alderdom og oppfylle verdighetsgarantien. Ved å lære opp de ansatte i den ordinære hjemmetjenesten til å kunne utføre rehabiliteringsoppgaver kan føre til at brukerne får et kontinuerlig tilbud. Men man kan stille seg spørsmål ved hvorvidt kvaliteten på rehabiliteringen blir den samme når oppgavene utføres av personell som ikke har spesifikk fagkompetanse innenfor rehabilitering. Samtidig må man huske at de som jobber med hverdagsrehabilitering i kommunen ikke er noen spesialisthelsetjeneste. Man kan ikke forankre rehabiliteringsfaget så høyt at man må være spesialutdannet for å kunne praktisere faget. Alle kommunene i undersøkelsen påpeker hvor viktig det er med kompetanseheving og samarbeid med hjemmetjenesten. Det å endre tankegang og arbeidsmetoder hos de ansatte er en krevende prosess i en ellers hektisk arbeidshverdag. Det er derfor viktig at informasjonen som gis er tilpasset de ulike målgruppene og at den gjentas i flere omganger.

Det må også skje et paradigmeskifte både blant helsepersonell, brukere og pårørende. Paradigmeskiftet som må skje hos brukerne er omfattende da det handler om å gå fra at det var fagpersoner/eksperter som skulle løse problemene våre, til at det nå er vi selv som skal løse dem. I vertfall i større grad påvirke de valgene som blir gjort. Vi har mulighet til å være med å avgjøre og bestemme vår egen behandling og finne løsninger på problemene våre. Som tjenesteytere har vi en viktig rolle i dette arbeidet. Det handler mye om hvordan vi møter og forholder oss til brukerne. Her er brukermedvirkning et viktig nøkkelord. Jeg ser at i praksis er vi som tjenesteytere ikke flinke nok til utøve brukermedvirkning på individnivå. Vi kan lett ta avgjørelser på vegne av brukerne uten å diskutere med dem først. Jeg tenker at dette kan ha negativ virkning på relasjonen mellom bruker og tjenesteyter, da tilliten og respekten mellom partene kan svekkes. Samtidig ser jeg derimot hvordan tilliten og samarbeidet mellom brukeren og tjenesteutøver vokser, når brukerne føler at de blir hørt og de deltar aktivt i sin egen rehabiliteringsprosess. Alle kommune i undersøkelsen var veldig bevisste på dette. De påpekte viktigheten av at det var brukerens ønsker, behov og ressurser som det ble tatt utgangspunkt i når det skulle utarbeides tiltak, og ikke hjelpeapparatets ønsker. For eksempel så kan hjelpeapparatet tenke at målet burde være at brukeren skal bli selvstendig i dusjsituasjon, og dermed uavhengig av offentlig hjelp, mens brukeren selv ønsker å få den hjelpen for å heller kunne ha overskudd til å kunne hente posten eller lage sin egen middag på egenhånd.

Det å bruke hjemmet som arena for rehabilitering har vist seg og ha god effekt hos brukerne som har deltatt i prosjektet. De har gitt tilbakemeldinger om at de har opplevd å få økt funksjonsevne, økt livskvalitet og mestring. Vi kan blant annet se på et foreløpig resultat fra kommune Sør. Der har de vurdert 70 brukere der 30 av de har blitt inkludert i prosjektet. Av de er det 20 av de 23 brukerne, som ble fulgt opp i hele 3 ukers perioden, som har fått et redusert behov for hjemmetjenester. 4 av de avsluttet hjemmesykepleie helt, mens 16 brukere har redusert sitt behov for hjemmesykepleie. Felles for alle er at de sitter igjen med en følelse av økt mestring og livskvalitet.

Det å skulle bruke hjemmet til brukerne som arena for rehabilitering kan være en utfordring for oss som tjenesteytere, da det er andre hensyn som må tas enn om rehabiliteringen skjer på en institusjon. Vi skal inn i brukerens hjem der det er de, og kanskje deres pårørende, som bor. De ulike kommunene hadde ulike erfaringer i forhold til dette med tanke på om de opplevde at pårørende var en ressurs eller en begrensning. Mange pårørende ønsket å bistå i prosessen, mens noe var skeptiske da de var redde for at mor eller far skulle miste de tjenestene de hadde krav på. I en hektisk hverdag er det ofte en trygghet for de pårørende og vite at deres kjære får tilsyn og hjelp fra hjemmetjenesten. Både kommunene og fagforbundet vektlegger derfor hvor viktig det er at både brukerne og deres pårørende får god informasjon om hva hverdagsrehabilitering er, formålet med det og hvordan det gjennomføres i praksis. Dette for å sikre at brukerne får støtte hos de pårørende, og at de ikke motarbeider de.

Med bakgrunn i de funnene som er gjort i denne undersøkelsen vil jeg si at hverdagsrehabilitering vil i framtiden være et verdig tilbud til brukere som har behov for rehabilitering. Det er et bærekraftig tilbud der kvalitet står sentralt. Det er brukernes ønsker og behov som er i fokus, og det er de verdiene som ligger til grunn når det utarbeides mål og tiltak. Det er viktig at det arbeides for å få til gode overganger når temaet rundt brukeren trekker seg ut. Det må legges en plan og et løp for hva som skal skje videre fremover. Hvordan de ulike kommunene i undersøkelsen har valgt å løse dette på varierer.

Jeg gjennomførte mine intervju i løpet av høsten 2012, og utviklingen innen hverdagsrehabilitering har vært stor etter det. Jeg ser tydelig at det er behov for mer forskning på området, noe jeg vet at det er flere som allerede er i gang med.

8.0 Litteraturliste

Askheim, Ole Petter (2007) Empowerment - ulike tilnæringer. Her i: Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bautz-Holter, E., Sveen, U., Søberg, H & Røe, C. (2006). *Utfordringer og trender i rehabilitering*. I: Tidsskrift for Den Norske Legeforening.
<http://tidsskriftet.no/article/1485045>

Bengtsson, Jan. (2006) (Red.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer*
Livsverdensfenomenologiske bidrag. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Blaikie, N. (2005). *Designing Social Research*, London: Polity Press

Bredland, Ebba. L., Linge, Oddrun Anita., Vik, Kjersti. (2006). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2. utgave, 4. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjerkaas, Karl-Erik Tande & Ness, Nils Erik (2011) *Hva er hverdagsrehabilitering?*
<http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>

Brevik, Ivar. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Bøckmann, Kari og Kjellevold, Alice. (2010). *Pårørende i helsetjenesten-en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Colman, Andrew M. (2006). *Oxford Dictionary of Psychology*. New York: Oxford University Press Inc.

Dalland, O. (2001). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Universitetsforlaget.

Digmann, Anne M. (2010). *Danmarks mest innovative kommune – er en kommune der gjennomfører radikal innovation på velfærdsområdene*. Innovation& Forskning, Region Midtjylland, Viborg.

Disch, Per G. Vetvik, Einar. (2009). *Framtidas omsorgsbilde – slik ser det ut på tegnebrettet*. Rapport nr 1/2009. Senter for omsorgsforskning Sør.

Eggen, K. (2010). Bok og bedring?. I: H, Thommesen (red), *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, Tor-Johan. & Heggen, Kåre. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). Pårørende. I: *Demens- Fakta og utfordringer*. 5. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011).
<http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

Grue, Lars (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: abstrakt forlag.

Helgesen, L. A. (2008). *Menneskets dimensjoner*. Lærebok i psykologi. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. (2011). *IPLOS-registeret*.

Jacobsen, Dag I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Johannesen, Asbjørn., Tufte, Per Arne & Christoffersen, Line. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kielhofner, G. (2008). *Theory and Application I: Model of Human Occupation*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Kjellberg, P.K., Ibsen, R., Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, J. Ibsen, R. (2010). *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kristensen, H.K. & Nielsen, G.E. (2006) *Ergoterapi & hjerneskade - aktiviteter i kognitiv rehabilitering*. Copenhagen: FADL'sforlag A/S

Kvale, Steinar. (1997). *InterView: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsinterview*. 2. udgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Law, Mary., Carswell, Anne., McColl, Mary Ann., Polatajko, Helene & Pollock, Nancy. (2002). *Canadian Occupational Performance Measure*. Norsk utgave oversatt av Ingvild Kjekken. Oslo: NRRK.

Loga, J. (2010). *Livskvalitet. Betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html#7-3>

Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*.

Månsson, Maritha. (2009). *Hemrehabilitering: vad, hur, och för vem?*. 2. tryckning. Stockholm: Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg.

Nergård, Berit. (2010). *Kommunal planlegging av rehabiliteringsvirksomheten*. I: Thommesen, Hanne (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. ss.71- 85. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Ness, Nils Erik., Laberg, Toril., Haneborg, Malene., Granbo, Randi., Færvaag, Lise., Butli, Hege. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport ved prosjektgruppe ”Hverdagsrehabilitering i Norge”.

Nielsen, F.S. (2000). Hva er identitet? *Institutt for antropologi, Københavns Universitet*. Hentet 29. september 2011 fra: <http://www.fsnielsen.com/txt/art/identitet.htm>

Normann, Trine., Sandvin, Johans Tveit., Thommesen, Hanne. (2009). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?*. Oslo: Kommuneforlaget .

NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20012001/022/PDFA/NOU200120010022000DDDPDFA.pdf>

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*.
<http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>

Olsen, Benedicte C. R. (2010). *Om å vite best ... sammen - brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren*. I: Stamsø, Mary Ann (red.). *Velferdsstaten i endring*. s.144-176. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Repstad, P. (2007) *Mellomnærhetogdistanse; kvalitativemetoderisamfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2.utgave. Fagbokforlaget: Bergen.

Ryen, Anne. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Seim, S., Slettebø, T. (2007) Brukermedvirkning i barnevernet. Oslo: Universitetsforlaget
Tidsskrift for Nordisk sosialt arbeid, 2006: årgang 26, nr. 3.

Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.

Statistisk sentralbyrå. (2009). *Levekårsundersøkelsen 2008; Helse omsorg og sosial kontakt*.

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Fullførte utdanninger ved universiteter og høyskoler, 2011/2012*. <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/eksuvh>

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling på rett sted til rett tid*.

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Store Norske Leksikon (2008): *Store norske leksikon*. Aschehoug og Gyldendal 2008.

Svenaesus, Fredrik. (2005). *Sykdommens mening - og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thagaard, Tove. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thommesen, H. (Red). (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thyness, E. M., (2012). *Hva er hverdagsrehabilitering?*. Ergoterapeuten nr.01/12.

Tuntland, H. (2006) *En innføring i ADL – teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Hverdagsrehabilitering i Norske kommuner	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Nordland	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for samfunnsvitenskap	
Institutt	null	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Bente Vibecke	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Lunde	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Universitetslektor	
Arbeidssted	Universitetet i Nordland	
Adresse (arb.sted)	Mørkvedtråkket 30	
Postnr/sted (arb.sted)	8049 Bodø	
Telefon/mobil (arb.sted)	75517458 /	
E-post	bente.lunde@uin.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Ragnhild Brun	
Etternavn	Øygarden	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Fridtjof Nansensvei 5. Leil.0318	
Postnr/sted (privatadresse)	8003 Bodø	
Telefon/mobil	99107011 / 99107011	
E-post	ragnhildoygarden@hotmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Hverdagsrehabilitering handler om å gå fra passiv pleie til aktiv innsats, der målet er at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpent i hverdagslivet sitt. Jeg ønsker å undersøke hva som blir gjort og hvordan det jobbes med å innføre hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Jeg ønsker å se på hva som vektlegges ved innføringen av hverdagsrehabilitering, hvordan tjenesten skal organiseres for både å ivareta de "tradisjonelle" pleie- og omsorgsoppgavene samtidig som det skal satses på hverdagsrehabilitering, og hvordan dette kan bidra til å muliggjøre at kommunene oppfyller sine forpliktelser i henhold til styrende lover og forskrifter i helse- Norge. Problemstilling: Hvordan innføres hverdagsrehabilitering i utvalgte norske kommuner?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Utvalget vil være prosjektgruppa som jobber med innføring av hverdagsrehabilitering i sin kommune. Prosjektgruppa består av en leder, en ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrenere.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	<p>Jeg har valgt et strategisk utvalg da medlemmene i prosjektet er sentrale aktører i arbeidet med innføringen av hverdagsrehabilitering i sin kommune.</p> <p>Jeg har tatt kontakt med kommunene spurt om tillatelse til å gå inn i prosjektet og studere det og skrive en masteravhandling ut fra dette. Jeg har vært i møte med lederen og de ønsker at jeg skal delta i prosjektet. Videre vil jeg sende ut informasjonskriv til alle medlemmene i prosjektgruppa med spørsmål om de kan tenke seg å delta i individuelle intervju. Vil også sende en henvendelse til en utvalg/bestemt norsk fagorganisasjon da denne organisasjonen er en sentral aktør i forhold til innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner.</p>	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Ragnhild Brun Øygarden oppretter førstegangskontakt med utvalget. Det vil bli sendt ut en mail med beskrivelse av prosjektet og en forespørsel til de utvalgte kommunen om de har interesse for å delta i prosjektet. Deretter vil det bli kontakt gjennom telefon for videre planlegging.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	8-12	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	<p>Datainnsamlingsmetoder vil være kvalitative intervju. Det vil være i form av individuelle intervju, samt gruppeintervju. Jeg vil samle inn data i fht prosjektgruppas synspunkter og meninger omkring innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Prosjektgruppens medlemmer har jeg fått oppgitt gjennom prosjektgruppas leder.</p> <p>Datakilder vil være litteratur som omhandler kvalitative intervju.</p> <p>Ønsker også å se på prosjektskisser for de ulike kommunene, fremdriftsplaner og ulike dokumenter som er relevante i forhold til innføring av hverdagsrehabilitering i de enkelte kommunene.</p>	<p>Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.</p> <p>NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.</p>
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	<p>Les mer om hva personopplysninger er</p> <p>NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.</p>
Spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>

Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Privat PC er passordbeskyttet. Det innsamlede datamaterialet/analyse vil være låst inn og altså ikke tilgjengelig for andre enn Ragnhild Brun Øygarden som gjennomfører prosjektet. Lydbåndopptak vil også bli låst inn. Lydbåndopptak og papirer i fnt datainnsamling/analyse vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Det vil bli benyttet bærbar datamaskin og minnepenn.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		

Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Kommentar		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.09.2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
	Prosjektslutt:31.08.2013	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Indirekte personopplysninger slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres projektet?	Egne midler da studiet tas på fulltid.	
15. Tilleggsopplysninger		

Tilleggsopplysninger	<p>Jeg tar mastergrad i rehabilitering ved Universitetet i Nordland, avd for samfunnsvitenskap. Jeg håper å kunne levere avhandlingen min skriftlig innen fristen 15.05.13. Muntlig forsvar av avhandlingen i uke 23/24.</p> <p>Håper på rask tilbakemelding/godkjenning fra NSD, slik at jeg kan komme i gang med datainnsamling i uke 37.</p>	
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	4	

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ***Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner.***

Mitt navn er Ragnhild Brun Øygarden, og jeg er student ved master i rehabilitering ved Universitetet i Nordland avd for samfunnsvitenskap. Jeg er fra tidligere utdannet ergoterapeut og jobber ved en kommunal rehabiliteringsavdeling. I min masteravhandling ønsker jeg å skrive om innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Veileder i dette prosjektet er universitetslektor Bente Vibecke Lunde, ved universitetet i Nordland. Jeg tar høyde for å levere inn min avhandling 15.05.13.

Jeg ønsker å se hverdagsrehabilitering opp i mot rehabiliteringspolitikken her i Norge. Da kommunenes ansvarsområder utvides og de vektlegges et større ansvar for den enkelte bruker nå enn de har hatt før. Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008-2009), ny helse- og omsorgslov (2011) og nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), angir til dels store endringer i helse- og velferdstjenestene i Norge. Bakgrunnen for endringen er primært den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Svært mange unge og eldre må leve med funksjonsnedsettelse og kroniske lidelser som kan gjøre hverdagen vanskelig. På bakgrunn av dette er jeg interessert i å undersøke hva som blir gjort og hvordan det jobbes med å innføre hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Hverdagsrehabilitering er et ganske nytt fenomen i Norge, men på bakgrunn av den store interessen og engasjementet rundt fenomenet er det nå i full fart på vei inn i det norske samfunn.

Siden hverdagsrehabilitering fortsatt er et nytt fenomen i Norge ønsker jeg å undersøke hva som er tanken med innføring av det i Norge og hvordan dette gjøres. Jeg har derfor valgt et kvalitativt design, med en fenomenologisk forståelsesramme for undersøkelsen og analysen. Dette på bakgrunn av at det er erfaringene som er gjort i de ulike kommunene jeg er opptatt av. Jeg ønsker derfor å høre om dine erfaringer og tanker omkring temaet innføring av hverdagsrehabilitering.

Jeg ønsker å gjennomføre både individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Det ligger derfor ved en samtykkeerklæring der man kan krysse av for hvilken intervjuform man ønsker å delta på. Varigheten på de individuelle intervjuene er anslått til ca 1 time, avhengig av hvor mye du

ønsker å fortelle. Mens varigheten på gruppeintervjuene er anslått til ca 2 timer. Tidspunkt for gjennomføring av intervjuene avtales med den enkelte deltaker.

Opplysningene du gir vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven. Intervjuet vil bli tatt opp på en lydopptaker, og det vil bli tatt skriftlige notater underveis. Lydopptakene og notatene vil bli slettet og makulert når oppgaven er ferdig. Det er frivillig å delta i prosjektet, og du har muligheten til å trekke seg når som helst underveis, selvfølgelig uten å begrunne dette. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Dersom du kan tenke deg å delta ber jeg deg fylle ut den vedlagte samtykkeerklæringen.

Ta gjerne kontakt med meg dersom du har spørsmål, både på forhånd og underveis.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Brun Øygarden

Telefon: 99107011

Mail: ragnhildoygarden@hotmail.com

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter med dette å ha mottatt skriftlig informasjon og ønsker å delta i studien.

Vær vennlig å kryss av for det/de intervjuformen/ene du ønsker å delta på:

- Individuelt intervju
- Gruppeintervju
- Begge intervjuformer

Navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____



Bente Vibecke Lunde
Fakultet for samfunnsvitenskap
Universitetet i Nordland
Mørkvedtråkket 30
8049 BODØ

Vår dato: 20.08.2012

Vår ref:31148 / 3 / M55

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.08.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31148	<i>Hverdagsrehabilitering i norske kommuner</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Vibecke Lunde</i>
Student	<i>Ragnhild Brun Øygarden</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

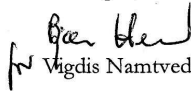
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Ragnhild Brun Øygarden, Fridtjof Nansensvei 5 - Leil. 0318, 8003 BODØ



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31148

I følge prosjektmeldingen skal det innhentes både muntlig og skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskriv av 17.08.2012 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.08.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 3

Intervjuguide til masteravhandling

”Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner”.

Innledning:

Presentasjon av meg selv, studien og hva dataene skal brukes til

Emner:

- Hva vektlegges ved innføringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner, og hva er bakgrunnen for at det innføres?
- Hvordan innføres hverdagsrehabilitering og hva vektlegges i Norge kontra Danmark?
- Hvordan skal tjenesten organiseres for både å ivareta de ”tradisjonelle” pleie- og omsorgsoppgavene samtidig som det skal satses på hverdagsrehabilitering?
- Hvem er målgruppen, hvordan finner kommunen aktuelle deltakere og hvilke kriterier må oppfylles får å kunne delta i prosjektet?
- Hvordan kan hverdagsrehabilitering bidra til å muliggjøre at kommunene oppfyller sine forpliktelser i henhold til styrende lover og forskrifter i helse- Norge?

Spørsmål:

- Rundt prosjektet
- Rundt deltagerne i prosjektet (både brukere og faggrupper)
- Gevinster

Oppsummering

Oppsummering av det som har kommet frem i intervjuet. Er det noe som er glemt/noe som informanten vil tilføye.

Avslutning:

Tilbakemelding fra informanten i forhold til intervjuet.

Takke for at de ville stille opp.