

Bruk av kultur og humor i rehabiliteringsprosessen

En undersøkelse av
Høylandsmodellen i rehabilitering

**Ellen Saur
Oddbjørn Johansen**

Bruk av kultur og humor i rehabiliteringsprosessen

En undersøkelse av
Høylandsmodellen i rehabilitering

Ellen Saur
Oddbjørn Johansen



Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 40
Avdeling for helsefag
ISBN 978-82-7456-518-0
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2007



POSTADR.: SERVICEBOKS 2501,
NO-7729 STEINKJER
TLF: (+47) 74112000

HINT RAPPORT

TITTEL
BRUK AV KULTUR OG HUMOR I EN
REHABILITERINGSPROSESSEN.
EN UNDERSØKELSE AV HØYLANDSMODELLEN I
REHABILITERING

FORFATTER(E)
ODDISJØRN JØHANSEN OG ELLEN SAUR

OPPDRAAGSGIVER(E)
NAMDAL REHABILITERING

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAAGSIVERS REF.	
GRADER, DENNU SIDE	ISBN	PROSJEKTNR. 54004	ANTALL SIDER OG BILAG 89
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTFØDER (NAVN, SIGN) ODDISJØRN JØHANSEN ELLEN SAUR	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN) FORSKUNGSLEDER OG OG PROFESOR I HØYLANDSREhabilitering <i>[Signature]</i>
ARKIVKODE	DATE 22-05-07	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN) PROFESSOR OVE HELLEZEN HINT <i>[Signature]</i>	
SAMMENDRAG HØSTEN 2005 BLE IKS NAMDAL REHABILITERING - HØYLANDET/EIENDOM OG IKS NAMDAL REHABILITERING - HØYLANDET/DRIFT ETABLERT. 14 KOMMUNER I NAMDALEN SAMT EN KOMMUNE FRA NORDLAND STÅR SOM EIERE. BEMANNINGEN VID NAMDAL REHABILITERING ER TVERRFAGLIG OG SENTRET KAN TA IMOT OPPTIL 26 BRUKERE. REHABILITERINGSSENTERET ARBEIDER ETTER EN REHABILITERINGSMODELL DE HAR KALT HØYLANDSMODELLEN. I BESKRIVELSEN AV MODELLEN FREMSTILLES DEN SOM ET ALTERNATIV TIL ANDRE REHABILITERINGSMODELLER VED AT DEN I TILLEGG TIL TRENING RELATERT TIL FYSISKE BEHOV, BRUKER MYE TID PÅ MENTAL STIMULANS OG PERSONLIGE OMSTILLINGSBEHOV. DET LEGGES VEKT PÅ AT AKTIV BRUK AV HUMOR OG KULTUR SKAL VÆRE SENTRALT I REHABILITERINGSPROSESSEN. MED UTGANGSPUNKT I BESTILLINGEN FRA NAMDAL REHABILITERINGSSENTER ER DET UTFORMET TO Hovedmålsetninger for prosjektet: 1. EN BESKRIVELSE AV SÆRTREKK MED HØYLANDSMODELLEN. I DENNE BESKRIVELSEN TAR VI SIKTE PÅ Å BESKRIVE MODELLEN SLIK DEN FREMSTÅR I PLANDOKUMENTUNI OG FØRETA EN KARTLEGGING AV HVORDAN MODELLEN PÅVIRKER DEN PRAKTISKE UTFØRELSEN AV TJENESTETILBUDET PÅ INSTITUSJONEN. 2. EVALUERING AV BRUKERS OPPLEVELSE AV HUMOR OG KULTUR SOM VIRKEMIDDEL I REHABILITERINGSPROSESSEN. VÅRT FOKUS I DENNE EVALUERINGEN HAR VÆRT PÅ TJENESTENS INNHOLD. VI HAR SETT PÅ HVORDAN NAMDAL REHABILITERING FREMSTÅR MED SIN FAGLIGE PROFIL OG TENKING. I VÅRT ARBEID HAR VI VÆRT OPPTATT AV AT EN REHABILITERINGSMODELL IKKE OPPSTÅR I ET VAKUUM, OG AT SAMFUNNSMESSIGE FORHOLD OGSÅ SPILLER INN PÅ DE VALGENE MAN TAR, OG DEN PRAKTISKE UTFØRELSEN KNYTTET TIL DEN KONKRETE MODELLEN. VI SER PÅ OM DET ER SAMMENHENG MELLOM DET SOM ER BLITT TENKT OG SKREVET OM DET FAGLIGE INNHOLDET I NAMDAL REHABILITERING, OG SLIK TJENESTEN FREMSTÅR I DAG. VI VIL OGSÅ SE PÅ HVORDAN MODELLEN KOMMER TIL SYNE I DET PRAKTISKE ARBEIDET SOM BLIR UTFØRT.			
STIKKORD	NORSK	ENGELSK	
REHABILITERING			
KULTUR OG HELSE			
BRUKERMEDVIRKNING			

1 Innledning.....	1
2 Om Namdal Rehabilitering	3
3 Oppdraget og problemstillinger	4
4 Metode.....	6
4.1 Forskningsprosessens ulike elementer	8
4.1.1 Dokumentanalyse	9
4.1.2 Fokusgrupper.....	11
5 Å utvikle en modell for rehabilitering.....	13
5.1 Rehabilitering	13
5.2 Kulturfeltet	16
5.3 Brukermedvirkning	19
6 Hvordan fremstår modellen skriftlig i dokumenter.....	23
6.1 Bakgrunnsmateriell for dokumentanalysen.....	23
6.2 Høylandsmodellen slik den utvikles	24
6.3 Begrepet rehabilitering.....	28
6.4 Kultur	31
6.5 Brukermedvirkning, selvbestemmelse og ressursorientert rehabilitering	37
7 Høylandsmodellen slik den fremstår for oss basert	40
på en gjennomgang av skriftelig materiale.	40
8 Hvordan fremstår modellen for de ansatte	44
8.1 Intensjoner.....	45
8.2 Metode.....	50
8.3 Handling.....	53
9 Hvordan fremstår Namdal Rehabilitering for brukerne	59
10 Oppsummering	64
10.1 Rehabilitering	67
10.2 Brukermedvirkning	72
10.3 Høylandsmodellen.....	74
10.4 Konklusjon	75
11 Hvordan videreutvikle Høylandsmodellen.....	78
Litteratur.....	84

1 Innledning

Høsten 2003 ble IKS Namdal Rehabilitering¹ - Høylandet/eiendom og IKS Namdal Rehabilitering - Høylandet/drift etablert. 14 kommuner i Namdalen samt en kommune fra Nordland står som eiere. Bemanningen ved Namdal Rehabilitering er tverrfaglig og sentret kan ta imot opptil 26 brukere.

Rehabiliteringssenteret arbeider etter en rehabiliteringsmodell de har kalt Høylandsmodellen. I beskrivelsen av modellen fremstilles den som et alternativ til andre rehabiliteringsmodeller ved at den i tillegg til trening relatert til fysiske behov, bruker mye tid på mental stimulans og personlige omstillingsbehov. Det legges vekt på at aktiv bruk av humor og kultur (utvidet kulturbegrep) skal være sentralt i rehabiliteringsprosessen.

Våren 2006 inngikk Namdal Rehabilitering og HiNT en samarbeidsavtale vedrørende høgskolens søknad til Norges Forskningsråd om midler gjennom programmet Strategiske høgskoleprosjekter (SHP) 2006-2009. Da var søknadens fokus: ”Tverrfaglig kompetanseutvikling med fokus på psykisk helse og rehabilitering”, hvor et av delprosjektene "Kultur, humor og lek i rehabiliteringsarbeidet", var tenkt utviklet i et samarbeid med Namdal Rehabiliteringssenter på Høylandet. Høgskolen fikk ikke tildelt midler gjennom forskningsrådet.

For å avklare videre samarbeidsformer ble det den 22. august 2006 avholdt et møte mellom leder Åshild Nymo ved Namdal rehabilitering og Ellen Saur og Oddbjørn Johansen fra HiNT. På dette møtet informerte leder Åshild Nymo om at Namdal Rehabilitering hadde fått 200.000,- kroner fra Støttefondet for Namdal sykehus, og at disse midlene ikke skulle gå til drift av rehabiliteringssentret, men til virksomhet knyttet opp mot forskning og fagutvikling. Hun utfordret derfor HiNT avdeling Namsos, til å lage en beskrivelse og forslag til et samarbeidsprosjekt mellom HiNT avdeling helsefag Namsos og Namdal Rehabilitering. Vi har arbeidet innenfor en kostnadsramme på kr. 200.000,-. Innenfor denne rammen taes det sikte på å beskrive

¹ Vi bruker konsekvent navnet Namdal Rehabilitering i vår fremstilling, selv om det i noen av dokumentene vi har brukt benevnes som Høylandet Rehabilitering

”Høylandsmodellen”, spesielt med tanke på å få videreutviklet den og satt den inn i en større sammenheng. Videre ble det skissert et behov for å få gjennomført en evaluering av brukernes tilfredshet og nytte av oppholdet.

HiNT avdeling helsefag Namsos har som intensjon å utvikle et nærmere samarbeid med praksisfeltet, dette gjelder også innenfor FoU området. HiNT avdeling helsefag besluttet å stille kr. 25 591,- til disposisjon for prosjektet. Ellen Saur og Oddbjørn Johansen fikk oppdraget med å utarbeide og gjennomføre prosjektet. Tidsrammen for ferdigstilling av prosjektet er satt til 1. juni 2007, og den totale kostnadsramme er på kr 225 591,-. Det er inngått en avtale mellom Namdal Rehabilitering og HiNT avdeling helsefag Namsos².

Med utgangspunkt i bestillingen fra Namdal rehabiliteringssenter er det utformet to hovedmålsetninger for prosjektet:

1. En beskrivelse av særtrekk med Høylandsmodellen. I denne beskrivelsen tar vi sikte på å beskrive modellen slik den fremstår i plandokumentene og foreta en kartlegging av hvordan modellen påvirker den praktiske utførelsen av tjenestetilbudet på institusjonen.
2. Evaluering av brukers opplevelse av humor og kultur som virkemiddel i rehabiliteringsprosessen.

² Se vedlegg 1

2 Om Namdal Rehabilitering

Utgangspunktet for Namdal Rehabilitering går tilbake til 1994/95 da Høylandet kommune reviderte sin næringsplan. I denne rulleringen kom det opp spørsmål om hvilke muligheter det var for å få i gang virksomhet i lokalene på Drageid i Høylandet kommune. Det ble besluttet å nedsette en arbeidsgruppe som skulle utrede saken videre. På mange måter fremstår den første planleggingen av rehabiliteringssenteret på Høylandet som planlegging av et næringstiltak. De tidlige rapportene preges av hvordan man kan få til en virksomhet som kan være økonomisk bærbart og hvordan man kan få tak i samarbeidspartnere som kan være med på å støtte en slik etablering.

Namdal Rehabilitering er allerede beskrevet i et dokument fra mai 1998. Dokumentet har tittelen "Rehabilitering i små og mellomstore kommuner i grisgrendte strøk. En modell for interkommunalt samarbeid." Dette er en rapport skrevet av Åshild Nymo på bakgrunn av et initiativ fra Høylandet kommune. Målet med denne prosjektrapporten var å foreslå å utrede innhold i et interkommunalt rehabiliteringstilbud, både når det gjaldt størrelse og hvilken målgruppe det skulle satses på. I perioden fra 1998 og fram til 2003 arbeidet man så med å etablere Namdal Rehabilitering.

I beskrivelsen av rehabiliteringssenteret, ved etableringstidspunktet i 2003, fremstilles rehabiliteringssenteret som et sted hvor man ønsker å satse på en modell hvor man gjør klare koblinger mellom kultur/humor og helse: *Rehabiliteringssenteret skal være et helse- og humorhus som gir tilbud som øker mestring, gir motivasjon og tru på egne krefter og ressurser i en vanskelig livsfase.*

Tilbudet bygger på:

- *trua på menneskets verdighet, menneskeverdet i relasjon til seg sjøl og samfunnet*
- *trua på kultur og humor som helsefremmende faktor*
- *trua på kultur og humor som motivasjonsfaktor*
- *fokus på funksjon og muligheter*
- *Tilbudet skal skreddersyes til den enkelte bruker!!*

(Rehabiliteringssenteret på Høylandet. Om filosofi, innhold og målgrupper

14.05.2003)

3 Oppdraget og problemstillinger

Som beskrevet i innledningen, har prosjektet to hovedproblemstillinger:

1. En beskrivelse av særtrekk med Høylandsmodellen. I denne beskrivelsen tar vi sikte på å beskrive modellen slik den fremstår i plandokumentene og foreta en kartlegging av hvordan modellen påvirker den praktiske utførelsen av tjenestetilbudet på institusjonen.
2. Evaluering av brukers opplevelse av humor og kultur som virkemidler i rehabiliteringsprosessen.

Vårt fokus i denne evalueringen har vært på tjenestens innhold. Vi har sett på hvordan Namdal Rehabilitering fremstår med sin faglige profil og tenking. I vårt arbeid har vi vært opptatt av at en rehabiliteringsmodell ikke oppstår i et vakuum, og at samfunnsmessige forhold også spiller inn på de valgene man tar, og den praktiske utførelsen knyttet til den konkrete modellen. Vi ser på om det er sammenheng mellom det som er blitt tenkt og skrevet om det faglige innholdet i Namdal Rehabilitering, og slik tjenesten fremstår i dag. Vi vil også se på hvordan modellen kommer til syne i det praktiske arbeidet som blir utført. Vårt fokus i evalueringen har ikke vært å se om samarbeidet mellom første og andrelinjen har blitt bedre, men dette er et område som blir trukket fram i intervjuene. Vi har ikke vurdert om Namdal Rehabilitering har vært en vellykket næringsetablering.

Høylandsmodellen er forsøkt beskrevet teoretisk og skjematisk i flere dokumenter utviklet i tiden før sentret åpnet, og i forbindelse med den første tiden sentret har vært i drift. For å skaffe et bilde av modellen slik den teoretisk fremstår, vil det være nødvendig at en går inn i de ulike dokumentene for å kartlegge både det som fremstår som solide intensjoner (dvs holder seg gjennom flere dokumenter), og det som fremstår som "svake" faglige funderinger fordi de oppstår unntaksvis for så å forsvinne. Ved å foreta en dokumentanalyse, vil en få kartlagt det som fremstår som solid og bærende i den teoretiske fremstillingen av Høylandsmodellen.

Når modellen er teoretisk kartlagt, vil det være nødvendig å gå inn i rehabiliteringssentret og kartlegge om og eventuelt hvordan modellen brukes i den

praktiske samhandlingen mellom de ansatte og brukerne. Dette vil bli gjort både ved hjelp av fokusgruppeintervju av ansatte og brukere.

For at Høylandsmodellen skal fremstå som et troverdig og gjennomtenkt faglig alternativ, må det være samsvar mellom den teoretiske fremstillingen av modellen og den praktiske utførelsen av den. Gjennom intervjuene med de ansatte er målet å få en beskrivelse av hvordan deres tenkning støtter opp om en spesiell modell for rehabilitering.

Evaluering av brukers opplevelse av humor og kultur som virkemiddel i rehabiliteringsprosessen er en viktig del av undersøkelsen. I utgangspunktet evaluerer vi ikke brukernes rehabiliteringsprosess som helhet, men ønsker å se i hvor stor grad de identifiserer Høylandsmodellen som en spesiell rehabiliteringsmodell. Dette innebærer å få brukernes oppfattelse av modellens betydning for deres opphold og rehabiliteringsprosess. Men i et slikt perspektiv vil det også være sann at eventuelt fravær av opplevelse av kultur og humor også vil være viktig å registrere.

Ut fra disse analysene vil vi komme med anbefalinger på hvordan modellen kan videreutvikles både teoretisk og praktisk. Vårt utgangspunkt er at dette er en institusjon som har vært drevet i ca 1 år, og som preges av entreprenørånd, og ikke kan sees på som en fastlåst modell, men må sees på som en modell i utvikling. Vi ønsker å se på forholdet mellom beskrevne intensjoner og det som omsettes og oppleves i praksis.

4 Metode

Vi vil i dette kapitlet presentere hvilke metoder vi har brukt for å få frem informasjon og data til grunnlag for analysen. De gitte problemstillingene inviterer til metodebruk i grenselandet mellom aksjonsforskning og evalueringsforskning. Dette er to områder som metodisk sett vil kunne ligge veldig nær hverandre. Del 1 (som er dokumentert i denne rapporten) vil i første rekke være et evalueringsarbeid, mens del 2 (oppfølging av evalueringen) vil basere seg på aksjonsforskning.

Vi har lagt Reidar Almås sin definisjon av evaluering til grunn for arbeidet: "Med evaluering vil eg førebels forstå systematisk innsamling av data for å skilja og analysere verknaden av eit forsøk på å skapa endring på eit gitt område" (Almås 1990:13). Slik en kan forstå denne definisjonen, er det her snakk om forskning på en eller flere former for planlagte endringer, og eventuelt resultatet av disse endringene. Vårt arbeid kan benevnes som brukerorientert prosessevaluering (Almås 1990). Det brukerorienterte ligger i selve oppdraget og at målgruppene her er brukerne og de ansatte selv - de som er direkte involvert i rehabiliteringsprosessen. Det prosessuelle ligger i det faktum at resultatmål ved prosjektets slutt ikke er det mest interessante å evaluere, men at vi i første rekke ønsker å forholde oss til intensjoner, forventninger, erfaringer og planer. Oppdragsgiver er interessert i råd om hva som kan *dannes og utvikles* på bakgrunn av *hva som har blitt gjort* frem til i dag, gjennom å videreutvikle Høylandsmodellen.

En slik evaluering som vi her planlegger, er det vi kan kalle anvendt forskning. Begrepet anvendt forskning blir i denne sammenheng å forstå slik: *anvendte studiar av planlagte endringsprosessar* (Almås 1993:17). Dette vil også si at evalueringa vil være *formativ* gjennom at vi forholder oss til retningen av prosjektet som tar utgangspunkt i de foreliggende beskrivelsene av Høylandsprosjektet, og gjennom evalueringa forsøker vi å påvirke denne retningen på bakgrunn av de funn som kommer fram.

Vi har forsket på Høylandsmodellen der fokus har vært å se på hvordan kultur ønskes plassert inn i en rehabiliteringsprosess. Vi har i vår første del av forskningsprosessen

intervenert det "terapeutiske miljøet" gjennom å sette fokus på dette. I dette kan det ligge en kime til en aksjonsdel. Når vi i vår undersøkelse har samhandlet med informantene omkring kultur og rehabiliteringsbegrepet, er vi med på å påvirke det daglige arbeidet gjennom at vi setter i gang prosesser gjennom de temaene vi fokuserer på. Denne økte bevisstheten eller fokuseringen på informantenes eget faglige ståsted knyttet til begrepene rehabilitering, kultur og brukermedvirkning, vil i igjen føre til en prosess der oppmerksomheten hos informantene på enkelte områder skifter fokus. Dette er en tilsiktet prosess. Dette betyr at vi bevisst har ønsket å sette i gang en prosess hos deltakerne i prosjektet der fokus blir rettet mot rehabiliteringssenterets filosofi og faglige plattform. På denne måten vil forskningen bære preg av organisasjonsutviklingsarbeid, der vår rolle er å intervensjonere og dokumentere denne prosessen med vitenskapelige metoder. Dette kan så videre utvikles til ytterligere mer planlagte intervensjoner/aksjoner på bakgrunn av de utfordringene som kommer frem i denne undersøkelsen.

Forskningsprosessen har da en form der en ønsker å sette i gang en refleksjonsprosess som kan få innvirkning på hvordan deltakerne ser på sin egen virksomhet. Det er viktig at denne forskningen er initiert av deltakerne, og at det er deltakerne som har satt fokus på hvilke områder som skal være sentrale. Vi har valgt aksjonsforskning som innfallsvinkel fordi den i sin form bevisst har som mål å kombinere aktiviteter som tradisjonelt har vært holdt separat. Målet vårt er ikke å forske **på** Namdal Rehabilitering, men å forske **sammen** med Namdal Rehabilitering, der målet er å utvikle praksis for praksis og hvor praksis kan generere ny teori. Vi ønsker som forskere å sette i gang en prosess der Namdal Rehabilitering blir mer bevisst på sin egen faglige rehabiliteringsmodell, samtidig som vi ønsker å bidra til at modellen blir videreutviklet. Dette betyr at vår forskning både vil være forut, under og i etterkant av den faglige utviklingsprosessen Namdal Rehabilitering ønsker igangsatt. Målet med vår forskning er at deltakerne selv skal få hjelp i en pågående prosess hvor de skal lære mer om hvordan de selv skal kunne videreutvikle sine egne praktiske teorier (Elden og Chisholm 1993:138).

I denne sammenhengen er første del av dette arbeidet i første rekke et evalueringsarbeid som blir gjort på initiativ av rehabiliteringsinstitusjonen. Brukerne

har ikke formet forskningsdesignet på noe vis direkte, men vi har hatt som utgangspunkt at brukermedvirkning og brukerperspektivet skal løftes fram. Det har vi gjort gjennom å la brukerstemmene fungere som "sannhetsvitner". Det vil si at vi har sammenlignet de dataene vi har innhentet fra institusjonen gjennom dokumenter og ansattes informasjon opp mot brukernes. Her har vi ønsket å få frem hva som er brukernes ønsker, valg og motivasjon for å velge Namdal Rehabilitering. På bakgrunn av brukernes utsagn, diskuterer vi hva som vil være viktig å ta hensyn til i en videreutvikling av Høylandsmodellen.

Poenget med Høylandsmodellen slik vi ser det, må være at den oppleves som hensiktsmessig for en større gruppe potensielle brukere. I en eventuell neste fase av en videreutvikling av Høylandsmodellen vil det være naturlig at brukerne av rehabiliteringssenteret trekkes ytterligere med. Målet vil være at man unngår et sprik mellom det som eventuelt er de ansattes (institusjonens) mål og det som er målet og behovet til brukerne av de tjenestene som skal ytes.

4.1 Forskningsprosessens ulike elementer

Vi ønsket å få til en formativ, dialogbasert prosessanalyse der det legges vekt på å skape en konstruktiv dialog mellom de ulike aktørene som er tilknyttet Namdal Rehabilitering. Det har vi gjort gjennom anvendelse av intervju i fokusgrupper hvor formålet nettopp er å skape en prosess i gruppa hvor gruppa produserer informasjon sammen, fremfor at det blir en tradisjonell intervjusituasjon hvor intervjuer i stor grad er en del av dialogen. I fokusgrupper er det et mål at det er deltakerne i gruppa som i første rekke samtaler, og hvor intervjuer (moderator) har en mer igangsettende rolle fremfor aktivt deltakende.

En metodisk utfordring, når målsettingen er å beskrive utvikling over tid, er hvordan man skal få tak i informasjon som kan beskrive en prosess som et opphold på en rehabiliteringsinstitusjon kan innebære. Det er heller ikke problemfritt å skulle beskrive en arbeidsmetode, der kulturelle opplevelser og individuell behandling og kulturell opplevelse står i sentrum. Vi har valgt å bruke i hovedsak tre måter å innhente informasjon på

1. Gjennomgang av det skriftelige materialet som foreligger rundt etablering og oppstart og drift av Namdal rehabiliteringssenter (dokumentanalyse).
2. Gjennom intervju med de ansatte på rehabiliteringssentret ønsker vi å få en bredere fremstilling av prosessen og en konsentrasjon omkring den utviklingen som finner sted i organisasjonen, fordi informantene får anledning til å konsentrere seg om felles opplevelser. Ved at informantene får anledning til å dele sine historier med hverandre, gis de også muligheten til å presisere nyansene i de ulike opplevelsene. Videre vil vi intervju brukere som har vært igjennom eller er i ferd med å avslutte oppholdet for å få deres inntrykk av hvordan oppholdet har vært og hvilken sider av rehabiliteringsoppholdet som fremstår som nyttig i forhold til deres behov (fokusgrupper).
3. Leder for Namdal rehabilitering, Åshild Nymo, har vært informant og referansepunkt gjennom sin rolle som oppdragsgiver, men også gjennom å gi informasjon på møter og telefonsamtaler.

4.1.1 Dokumentanalyse

Vi startet vår "jakt" etter Høylandsmodellen ved å gå gjennom de dokumentene som ble gjort tilgjengelig for oss. Dette er dokumenter som er skrevet av ulike personer, i ulike sammenhenger og med forskjellige adressater. Felles for dokumentene er at de inngår i det arbeidet man har gjort for å etablere virksomhet på Høylandet, og det som da ble Namdal Rehabilitering. Det er dokumenter skrevet av byggekomiteen, et innleid konsulentfirma og av den/ de som etter hvert ble sentrale i etableringen av senteret. Det er i første rekke disse dokumentene, som direkte knyttes opp mot Namdal Rehabilitering, vi refererer til når vi snakker om dokumentene som ligger til grunn for analysen. Vi har også sett på overordnede offentlige dokumenter som legger føringer for og som det refereres til i de lokale dokumentene, slik som stortingsmeldinger og offentlige utredninger. Dette for å se hvilken større sammenheng de lokale dokumentene opptre i.

I nærlesningen av dokumentene hvor vi forsøker å "finne" Høylandsmodellen, har vi først lest gjennom for å forsøke å identifisere konkrete beskrivelser av modellen som sådan, men også de intensjoner og begrunnelser man eventuelt måtte ha hatt for de valg man har tatt. Vi har også lest med det formålet å identifisere eventuelle sprik i

fremstillingsmåten, fordi det gjennom denne typen sprikende fremstilling kan avleses hvor utfordringer eventuelt måtte ligge (Fairclough 2003). Det er et komplisert, komplekst og mangslungent felt man beveger seg i, og det kan derfor ligge mange ulike agendaer og perspektiv i de fremstillingene vi har lest.

Dokumentanalysen har foregått slik:

- 1) Lest dokumentene og beskrevet Høylandsmodellen slik den utvikles som en kronologisk prosess
- 2) Identifisert 3 hovedområder som ligger som basis i dokumentene:
rehabilitering, kultur, brukervedvirkning
- 3) Beskrevet disse feltene slik de fremstår i offentlige dokumenter og praksis
- 4) Ny gjennomgang av de lokale dokumentene knyttet til etableringen av Namdal Rehabilitering for å identifisere de utsagnene som er knyttet til konkret beskrivelse av Høylandsmodellen, intensjoner og begrunnelser, med utgangspunkt i de tre utvalgte områdene *rehabilitering, kultur og brukervedvirkning*.
- 5) Analyse av disse utsagnene

I en dokumentanalyse er det viktig å ha i mente at tekst skapes i det øyeblikket den leses. Det vil si at når vi leser en tekst er det ikke slik at vi alle forstår og tolker den på samme måte, og en tekst kan også anvendes på mange ulike måter og bli gjenstand for manipulasjon (Hodder 2000). Også når teksten ligger foran deg som et materielt dokument, kan den altså tolkes og anvendes på mange ulike måter. Dokumentene som vi har sett på, kan også forstås på ulike måter, vår måte er ikke den eneste. Vi har gjort valg som har vært hensiktsmessige ut fra vårt formål. Og vårt formål har vært å beskrive Høylandsmodellen slik den fremstår i dokumentene, men implisitt i denne prosessen har det også ligget at vi har hatt et element av aksjonsforskning som innebærer at denne beskrivelsen er et ledd i en prosess for ytterligere utvikling av modellen. I vår analyse har vi derfor ikke bare lest inn det som *er*, men også det som *kan bli*.

Dokumentene vi har analysert har blitt skrevet over en periode fra 1998 og frem til i dag. Det vil si at utgangspunktet for dokumentenes tilblivelse har vært forskjellig, fra at det i starten var et arbeid for å etablere noe som ikke var, frem til at de siste dokumentene er et forsøk på å beskrive noe som eksisterer. Vi har derfor først beskrevet dokumentene kronologisk, og deretter tatt for oss de ulike nøkkelordene som

vi har trukket ut for nærmere analyse. På denne måten får vi sett Høylandsmodellen fra ulike sider, og forhåpentligvis redusert muligheten for at det vi ser er tilfeldige betraktninger styrt av våre forutinntatte holdninger, men snarere er betraktninger som kan begrunnes solid i det faktiske materialet.

4.1.2 Fokusgrupper

Når det gjelder tema som omhandler hvordan Høylandsmodellen oppleves å fremstå i praksis eller i konkret handling, har vi valgt å bruke fokusgruppe intervju. Dette har to årsaker. For det første er ikke Høylandsmodellen en modell som er tydelig beskrevet i de skriftlige dokumentene, derfor blir den muntlige beskrivelsen fra de ansatte viktig.

Wibeck hevder at et sentralt spørsmål en bør stille seg er hvorvidt fokusgruppe er den beste metoden for å gjennomføre den tenkte studien (2000:37): Det er et viktig og sentralt spørsmål. Vi ønsker å få tak i informantenes beskrivelse av en arbeidsmetode. Hvilke fordeler har så fokusgrupper i dette arbeidet? Wibeck trekker fram at det gjennom et gruppeintervju vil komme fram en bredere skala av ideer enn i et individuelt intervju (Wibeck 2000:39).

Gjennom å velge fokusgruppe vil vi få en bredere fremstilling av hvordan Høylandsmodellen fremstår i en tverrfaglig kontekst, fordi informantene får mulighet til å konsentrere seg om felles opplevelser og beskrivelser av sine arbeidsoppgaver. De felles begrepene en her er ute etter er kultur og humor i et rehabiliteringsperspektiv. Ved at informantene får anledning til å reflektere rundt sin egen arbeidssituasjon eller rehabiliteringssituasjon, gis de også muligheten til å presisere nyansene i de ulike opplevelsene. Disse nyansene vil først og fremst komme frem fordi de danner en alternativ historie til en allerede fortalt historie. Dette vil representere en bredde, men samtidig en dybde i materialet som en ikke uten videre får tak i ved individuelle intervju. Et mål med fokusgruppene er at informantene aktivt starter en prosess under intervjuet der målet blir at de sammen utveksler informasjon. Humor og kultur skal utgjøre en tverrfaglig basis for arbeidet, dvs at det skal representere det fellesfaglige i rehabiliteringstilbudet. Vi synes derfor det har vært et poeng at de ansatte ble satt sammen i tverrfaglige fokusgrupper. Denne informasjonen danner grunnlaget for en tolkning om hvordan bruk av humor og kultur i rehabiliteringsprosessen

(Høylandsmodellen) kan forstås eller oppfattes. Denne tolkning finner sted både hos informantene under intervjuet og hos forskerne.

Det sentrale med et fokusgruppeintervju er at det er moderator eller forskeren som setter dagsorden. Slik sett kan en ikke snakke om en helt åpen gruppesamtale der det ikke blir gitt noe tema. Det er heller ikke et gruppeintervju hvor forskeren fungerer som intervjuer og har en mer eller mindre fast struktur på intervjuet. Begrepet fokusgruppe kommer nettopp av dette å sette fokus.

Vi hadde laget en intervjuguide ut fra ideen om et ustrukturert intervju. Målet er at moderator skal være så lite deltakende i diskusjonen som mulig. I selve undersøkelsen er moderatoren fokusgruppeintervjuene svakeste ledd. Hvis en som moderator får eller tar en for sentral plass i fokusgruppen, vil diskusjonen gå i gjennom moderator og ikke mellom deltakerne. Moderator kan på denne måte komme til å forme resultatet i for stor grad. Det er en vanskelig balansegang å sette dagsorden, få temaene på bordet samtidig som en ikke aktivt skal gå inn å styre samtalen mellom deltagerne. Vår erfaring fra gjennomføringen av fokusgruppene var at de ansatte ikke var vanskelige å få i tale, og disse fokusgruppene holdt samtalen i gang i stor grad uten våre innspill. Det kom uttalelser som at de ansatte også så på dette som en nyttig arena for å få tid til å snakke sammen, noe de opplevde som et savn i hverdagen. Når det gjelder fokusgruppeintervjuet med brukerne ønsket vi å få frem hva som er brukernes ønsker, valg og motivasjon for å velge Namdal Rehabilitering, og deres opplevelse av Høylandsmodellen. Her var det færre informanter, og vår rolle som moderatorer ble mer aktiv. Informasjonen fra fokusgruppene ble noe mer sparsom, i den forstand at de i større grad svarte på spørsmål, enn at de samtalte med hverandre. Selv om formen ble noe annerledes, opplevde vi at vi fikk tak i den informasjonen vi ønsket.

5 Å utvikle en modell for rehabilitering

Evalueringen foregår i et rehabiliteringsfelt som i seg selv kan sies å være et område hvor det kan identifiseres ulike oppfatninger og forståelser av hvordan rehabilitering kan forstås. Vi anser det som viktig å forsøke å se på hvilke ulike oppfatninger som eksisterer i feltet. Det å vite noe om hvilke forståelser og oppfatninger som eksisterer i et felt som rehabilitering og hvilke uttrykk de får, gjør at man klarere ser hvilket handlingsrom man har i det daglige arbeidet. I vårt arbeid med Høylandsmodellen har vi tatt tak i noen av de begrepene som går igjen i de ulike dokumentene. Slik vi leser dokumentene, er det naturlig å gå videre på de begrepene vi allerede har introdusert, rehabilitering, kultur og brukervedvirkning, for å se hvordan de blir behandlet i dokumentene. Grunnen til at vi har valgt disse begrepene er at de opptrer ofte i de ulike dokumentene, og det er begreper som andre begreper blir sett i forhold til, og derfor kan kalles nøkkelord. Vi vil presentere disse begrepene slik de fremstår i offentlig dokumenter og på denne måten lage et teoretisk bakteppe for grunnlaget av forståelsen av det feltet vi er satt til å beskrive/evaluere. Rehabilitering blir her et overordnet begrep som vi ser kultur og brukervedvirkning i forhold til. Noe av utfordringen ligger i at alle disse begrepene og de feltene de representerer er tvetydige og tolkes ulikt innenfor ulike områder og av ulike aktører innefor de respektive feltene. Det er derfor viktig å se nærmere på hvilke ulike oppfatninger som eksisterer, for så å se på hvilke utfordringer som ligger der når disse områdene skal forenes i én rehabiliteringsmodell.

5.1 Rehabilitering

Rehabilitering defineres som følgende i Forskrift om habilitering og rehabilitering til Lov om helsetjenesten i kommunen og Lov om spesialisthelsetjenesten:

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

Feltet omkring rehabilitering har i stor grad vært preget av tradisjonelle perspektiver innen medisin, men også innen pedagogikk. Utgangspunktet har vært at den enkeltes

diagnose blir sett i forhold til potensialet for utvikling og læring. At det fortsatt er et sterkt fokus på en medisinsk forståelse av funksjonshemming, gjenspeiler seg i utkastet til Nasjonal plan for rehabilitering. Helsetjenestens rolle i rehabiliteringen fremstår som det sentrale i utredningen og når det redegjøres for bakgrunnen for å utarbeide en nasjonal plan, trekkes følgende fram: "Ved behandling av statsbudsjettet for 2005 i Sosialkomiteen uttrykker et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at det er viktig å følge opp intensjonene i St.meld. 21 (1998-99) Ansvar og meistring med praktisk handling. Det samme flertallet mener at rehabiliteringsinstitusjonene må brukes aktivt i arbeidet med å nå målene om lavere sykefravær og større deltakelse fra flere i arbeidslivet" (Utkast til Nasjonal plan for rehabilitering 2005:11).

Brukergrupper og forskning innen samfunnsvitenskapene har utfordret den medisinske forståelsen og målet om normalisering som strategi. Fra å i hovedsak være innrettet mot klare mål om endring hos individet, har politikk og forskning også dreid seg mot å forstå dette feltet i en større samfunnsmessig sammenheng, hvor funksjonshemming blir sett på som noe relativt og relasjonelt (Froestad og Solvang 2000, Söder 2000). Den britiske forskeren Mike Oliver beskriver samfunnets syn på funksjonshemming som en normaliseringsideologi basert på en medisinsk ideologi og som ser på funksjonshemming som en personlig tragedie (Oliver 1990:44). Det medisinske hegemoniet innenfor forståelsen av funksjonshemming og rehabilitering synes å ha et fast grep som det er vanskelig å endre fordi det er så innarbeidet, ikke bare som tankemønster, men fordi diagnoser og den medisinske forståelsen legger grunnlag for tildeling av ressurser og hjelpemidler (Solvang 2006).

Blant unge ressurssterke mennesker med funksjonshemninger, er det likevel en del som ønsker å hevde sin rett til å betrakte funksjonshemmingen som en del av sin identitet, og dermed fastholde funksjonshemmingen som et trekk ved deres personlighet som de ikke ønsker å relativisere bort som et forhold kun avhengig av tilrettelegging (Solvang 2002). Enkelte funksjonshemmede ønsker å fortelle fortellingen om funksjonshemmingen ut fra sin egen individuelle opplevelse med tekster som *Bring back impairment* (Crow 1996) og *Bring back the body* (Pinder 1995). Det eksisterer altså mange fortellinger om hvordan funksjonshemming kan forstås, også blant mennesker med funksjonshemninger.

I en dreining fra en medisinsk modell til en sosial modell ligger også en endret forståelse av hvilken rolle brukeren eller pasienten skal ha i en rehabiliteringsprosess. Brukerorientering har blitt et stadig mer sentralt prinsipp innenfor helse og rehabilitering (Cott 2004:1411). I Cotts undersøkelse kommer det fram at rehabiliteringsarbeid i stadig større grad handler om noe mer enn individuelle målsettinger og samarbeid på individuelt plan mellom bruker og hjelper. Hun konkluderer med at deltakerne i undersøkelsen opplevde at de var dårlig forberedt på å komme tilbake til hverdagen i lokalsamfunnet, og dårlig forberedt på de følelsesmessige utfordringene de møtte i rehabiliteringsprosessen. Det er naturlig å tenke at noen av de samme utfordringene kan gjenkjennes i Norge hvor man legger stor vekt på at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og få hjelp der de bor. Dette stiller krav om en rehabilitering som er tilpasset de krav brukeren møter i sitt hjemmemiljø. Dette gir utfordringer for brukeren selv, men også for de profesjonelle hjelperne som må samarbeide på tvers av institusjoner, kommuner og helseforetak.

Vi kan altså si at det har oppstått en perspektivforskyvning fra profesjonell styring til brukerorientering. Denne perspektivforskyvningen kan medføre usikkerhet i tilnærming fordi den profesjonelles rolle blir endret. Men også hos brukerne er det ulike oppfatninger av hvordan brukermedvirkning kan realiseres (Rønning og Solheim 1998).

Rehabiliteringsfeltet er i utgangspunktet et tverrfaglig felt hvor ulike profesjoner skal samarbeide med mennesker med sammensatte og langvarige behov. Kulturarbeideren og fysioterapeuten rekrutteres fra ulike fagfelt. Dette gir utfordringer. Det å arbeide tverrfaglig er ikke nødvendigvis enkelt, og ulike profesjonelle grupper representerer forskjellige diskurser. Noen faggrupper er i hovedsak medisinsk orientert, mens andre kan ha en mer sosial og samfunnsvitenskapelig orientering.

Rehabilitering er blitt et nærmest hegemonisk begrep som anvendes innenfor mange ulike diskurser. Den rådende medisinske forståelsen er rehabilitering til det normale, tilbake til slik man var før skade eller sykdom oppsto. Og så velges og anvendes det ulike redskaper for å nå dette målet. Det etableres utdanningstilbud innenfor rehabilitering og kurs- og konferanser om temaet. Vi får rehabiliteringssentra som

utvikler egne modeller basert på spesiell filosofi, og det utformes nasjonale planer og dokumenter hvor rehabilitering og mål for rehabiliteringsarbeidet beskrives. Dette synliggjøres blant annet gjennom den såkalte rehabiliteringsmeldinga: *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk* (St.melding nr. 21 (1998-99)). Det er etablert et eget Nasjonalt kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). Det har kommet Utkast til nasjonal plan for rehabilitering, med hovedtittel: *"Mestring og medvirkning. Nasjonal strategi for styrking av helsetjenestens rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser"* (28.09.2005). Helseforetakene har planer og handlingsprogram for rehabilitering. Helse Midt-Norge har sitt *Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge* (10.12.2004).

Høgskolen i Oslo er i ferd med å igangsette et større prosjekt hvor de nettopp fokuserer på konflikter som kan identifiseres i rehabiliteringsfeltet. I prosjektskissen viser man til hvordan dette er et felt som tradisjonelt har hatt en medisinsk orientering, men hvor man i norsk helse- og sosialpolitikk har forsøkt å redefinere denne oppfatningen med økt vekt på samfunnsmessige perspektiv (Solvang 2006; St.meld. nr. 21 (1998-99)).

Innefor rehabiliteringsfeltet har vi skissert spesielt tre områder som kan preges av ulike oppfatninger og fremstillinger. Det er

- forholdet mellom en medisinsk forståelse og en samfunnsvitenskapelig forståelse
- ulike oppfatninger blant de ulike aktørene (henger sammen med pkt 1) som gjør at tverrfaglig samarbeid kan oppleves som viktig, men vanskelig
- perspektivendring fra profesjonell makt til brukerstyring

5.2 Kulturfeltet

Kulturfeltet er heller ikke et entydig felt. Kultur er et begrep som kan defineres ulikt, med ulike formål. På den ene siden har man den *kvalitative kulturen* (Baklien og Carlsson 2000). Det vil si et snevert kulturbegrep som i første rekke ser på kvalitet i uttrykket og hvor kunsten har sin sentrale plass, og som tradisjonelt har vært

forbeholdt en sosial elite. Så har vi *det utvidede kulturbegrepet* som favner videre og åpner opp for mange ulike aktiviteter, og som har vært et kjennetegn ved politiske mål om å demokratisere kulturen: "alle former for kulturaktiviteter og kulturopplevelser må anses som likeverdige" (St.meld. nr. 52 1973-74). Et annet moment som også ble fremhevet i St.meld. nr.52, var den enkeltes behov for selvrealisering. Det var ikke lenger statens ønske at man skulle fremme enkelte gode egenskaper, men de enkelte skulle ut fra sine forskjellige utgangspunkt gies mulighet for selvrealisering gjennom allsidige tilbud. Det ble med andre ord lagt vekt på kulturens egenverdi i det enkelte individets liv, ut fra de preferanser den enkelte måtte ha. Slik ser vi at det også innenfor kulturområdet skjer en perspektivendring mot en større brukerorientering.

Fortsatt er det ulike oppfatninger av hvilken begrunnelse kulturen skal ha. Er kulturelle opplevelser viktige i seg selv og er det begrunnelse godt nok? Politisk ser man at man får en dreining ut over 1980-90 tallet. Privatisering blir et begrep som stadig hyppere forekommer. I 1983-84 kom regjeringen Willoch med St.meld. nr. 27 *Nye oppgaver i kulturpolitikken*. Denne meldingen erstattet tidligere meldingers trivselsbegrep med betydningen av *verdier*. Men ved siden av dette begrepet er det et annet trekk som er viktig å feste seg ved, og det er koblingen mellom kultur og marked. Det ble fremhevet at kultur lønner seg. Man argumenterte også videre utover 1980-90 tallet for at det lønte seg å satse på kultur, også i distrikts Norge, det svarte seg, ikke bare menneskelig og sosialt, men også økonomisk (Vestheim 1995). Her kan man skille mellom to strategier; kultur som næring og kulturens ringvirkninger. Begge disse momentene blir etter hvert hyppig brukt som argument for etablering av kulturelle aktiviteter. Flere stiller seg derimot kritisk til effekten av kulturetableringer i seg selv (Vestheim 1995, Arnestad 1995). Allerede i 1992 framholder Mangset følgende:

"De viktigste endringene i kulturlivet skjer jo uavhengig av kulturpolitikken i snever forstand - som følge av for eksempel ny kommunikasjonsteknologi, økt utdanningsnivå, mer flytting og økt fritid. Således blir næringspolitikken, kommunalpolitikken, utdanningspolitikken og mediepolitikken i grunne de viktigste formene for "kulturpolitikk" (Mangset 1992).

En annen instrumentell bruk av kultur kan vi registrere på slutten av 1990 tallet og utover 2000. Og det er koblingen mellom kultur og helse. Kultur blir et redskap for å

fremme god helse. I 1996 inviterte Kulturrådet landets kommuner om å delta i satsningen *Kultur gir helse* (Baklien og Carlsson 2000:14). Denne satsningen begrunnes i den såkalte "10-90" regelen som kobles til Peter F. Hjort, og innebærer at helsetjenesten bare bestemmer 10 % av folks helse, mens resten bestemmes utenfor helsevesenet, slik som levekår, livsstil og samfunnsforhold (Baklien og Carlsson 2000). "Det nye i *Kultur gir helse* - satsningen lå i at kultur ble tatt i bruk som *virkemiddel* for å bedre livskvaliteten for bestemte pasient/klientgrupper (SHD), og for på mer generelt grunnlag å "styrke lokalsamfunnets og kommunenes innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt kulturliv" (Norsk kulturråd referert i Baklien og Carlsson 2000:14).

Nord-Trøndelag fylkeskommune har sin egen satsning på kultur og helse gjennom FOLK 2. "Hovedformålet med FOLK 2 er å bidra til å utvikle en helhetlig og fremtidsrettet kultur- og helsepolitikk gjennom videreutvikling og spredning av kultur- og helsearbeidet. Kulturens egenverdi skal styrkes og flere skal få ta del i kulturelle opplevelser og utvikle egne skapende evner" (Prosjektplan innsatsområde forskning og forskningsformidling 2005-2007). I den delen som beskriver målene er det beskrevet 4 hovedmål hvor det første er "A) Ny kunnskap om sammenhenger mellom kultur og helse", og hvor de resterende omhandler hvordan dette kan settes ut i live gjennom igangsetting/initiering av forskningsprosjekter, opprettholdelse og videreutvikling av nettverk, formidling av forskningsresultat. Kulturens egenverdi synes å bli nedtonet i målsetningene til fordel for å se på kausale sammenhenger mellom kultur og helse og en instrumentell bruk av kultur.

Man kan generelt se for seg en konfliktlinje i kulturfeltet mellom en instrumentell bruk av kultur, hvor kultur anvendes for å oppnå noe annet, bosetting, helse eller sysselsetting, og hvor man gjør strategiske valg som blir bestemt av andre enn de som forventes å være deltakerne i kulturaktivitetene, i motsetning til det brukerorienterte og opplevelsesorienterte man samtidig ønsker å ha.

Innenfor kulturfeltet har vi skissert følgende områder som er preget av konflikt eller sprik:

- mellom det kvalitative kulturbegrepet og det utvidede kulturbegrepet

- forholdet mellom å fremholde kulturens egenverdi og den instrumentelle kulturpolitikken hvor kultur blir et redskap for å oppnå noe på andre områder enn kulturfeltet
- forholdet mellom kultur som egenverdi og kultur for å oppnå en helsegevinst

5.3 Brukermedvirkning

De fleste mennesker som utsettes for en ulykke eller sykdom som endrer livet, ønsker å bli rehabilitert tilbake til situasjonen slik den var før dette skjedde. Derfor er det naturlig å ha fokus på medisinsk rehabilitering som ofte vil innebære mye fysisk behandling. I Cotts undersøkelse er brukerne opptatt av at de ikke må bli fratatt visjonene om å kunne mestre tidligere ferdigheter. Hun fremholder at brukerne ser på det som viktig å bli aktivt involvert i å definere egne behov, viktige målsettinger og å sette prioriteringer i samarbeid med helsepersonell. Brukerne rapporterte at brukerorientering ble godt mottatt så lenge brukernes målsettinger passet inn i det programmet som ble presentert av personalet. Det ble derimot opplevd som vanskelig å komme i dialog dersom man hadde ønsker som ikke matchet personalets på forhånd beskrevne programmer:

"Too many survivors have been told, 'You can't do this, you can't do that. You can only put square pegs in square holes and you can't climb to the top of the mountain.' Well you really can. So much of rehabilitation is missing from what, it's not what the client want to do at all." (Cott 2004:1415).

Det er altså store utfordringer knyttet til samarbeidet mellom brukere og hjelpere. I Cotts undersøkelse kommer det også fram at jo større kunnskap brukeren har om sin egen funksjonshemming og om rehabilitering generelt, dess større mulighet er det for at han eller hun opplever å kunne ta avgjørelser knyttet til egen rehabilitering. Det er altså ikke noe entydig svar på hvordan dette samarbeidet skal være. Noen brukere har behov for å slippe å ta mange avgjørelser i starten av en prosess, mens andre vil styre i mye større grad. Det som synes å være fellesnevneren, er møtet mellom bruker og hjelper, og hjelpers evne til fleksibilitet.

Brukermedvirkning er et begrep som går igjen i de fleste nyere dokumenter som angår offentlige tjenester for funksjonshemmede. Innenfor helse- og sosialsektoren er det

ikke lenger profesjonsutøveren som med nærmest uinnskrenket makt kan bestemme hvilke behov pasienten eller klienten har, for deretter å gi vedkommende den hjelp hjelperen synes er best. I dag benevnes den hjelpetrengende som bruker, og gjennom brukerrepresentasjon i ulike offentlige utvalg skal brukeren være med-bestemmende i forhold til de tjenester brukeren trenger. Også når det gjelder utforming av hjelpetjenestene skal brukeren være sentral, og et av virkemidlene for at dette skal kunne skje, er innføringen av individuelle planer og ansvarsgrupper som redskaper for utforming av et individrettet hjelpetilbud. Tilsynelatende er makten forflyttet fra hjelpeapparatet til brukeren, og *brukermedvirkning* blir så fremholdt som det grunnleggende demokratiserende prinsippet i denne maktforskyvningen (St.melding 21 *Ansvar og meistring* 1998-99).

Denne forflytningen av makt finner vi igjen i begrepet *empowerment*. Askheim fremholder at det er vanskelig å gi en entydig og kortfattet definisjon av begrepet. Empowerment handler om at makten "gis eller tas tilbake av de som er klienter eller brukere av omsorgstiltak slik at de kan gjenvinne styringen over egne liv" (Askheim 1998:86). Det er altså maktdimensjonen som er sentral i dette begrepet. På norsk brukes ofte begrepet myndiggjøring, men som Askheim påpeker er det vanskelig å finne et dekkende norsk begrep. Empowerment både må "betraktes som et *mål* for å komme ut av en undertrykt posisjon, samtidig som det beskriver et *virkemiddel* for å oppnå sosial endring" (Askheim 1998:88). Normann, Sandvin og Thommesen (2006) peker på at Sosial- og helsedepartementet i sin engelske utgave har oversatt *meistring* med *empowerment*. Her er begrepet brukt mer individrettet. I dokumentene som berører Namdal Rehabilitering, går begrepet meistring og brukermedvirkning ofte igjen.

Hvordan blir så begrepet *brukermedvirkning* anvendt? Er det et begrep som tilsynelatende blir anvendt som om innholdet blir forstått på samme måte av alle de som anvender det? Hvem er brukeren og medvirkning i forhold til hva?

Man kan se for seg flere mulige meningsinnhold. Et mulig meningsinnhold er en brukerdiskurs hvor brukerne ønsker å se på brukermedvirkning som et prinsipp styrt ut fra brukerens frie valg med utgangspunkt i brukerens egne definerte behov.

Brukermedvirkning kan forekomme på ulike nivå. Det kan opptre på systemnivå hvor brukere sitter som representanter i brukerutvalg som skal påvirke ulike politiske prosesser. Dette har vært den oppfatningen av brukermedvirkning som mange har praktisert. På individnivå handler det om hvordan den enkelte kan delta direkte i avgjørelser knyttet til egen person. Her kan det være alt fra brukermedvirkning, hvor brukeren blir spurt til råds og kan delta i en prosess sammen med andre, og til brukerstyring hvor brukeren selv har kontroll på prosess, virkemidler og mål. Baklien og Carlsson fremholder at brukerorientering var en viktig suksessfaktor i *Kultur gir helse* - satsningen (Baklien og Carlsson 2000).

Det finnes kritiske innvendinger mot brukermedvirkning også, og brukermedvirkning kan danne grunnlag for ulike praksiser. Christina Hofseth peker i sin rapport *Brukermedvirkning i psykiatrien - fra politikk til praksis*, på ulike former for medvirkning og identifiserer 3 målsettinger brukermedvirkning kan ha: Brukermedvirkning som kvalitets- og effektiviseringsstrategi, brukermedvirkning som terapeutisk "tricks" og brukermedvirkning som rettighet (Hofseth 2000). Andreassen løfter også frem hvordan brukermedvirkning kan anvendes terapeutisk eller pedagogisk, og knytter dette til en paternalistisk fagtradisjon "der det sentrale ikke er at brukerne vet noe om hva som er riktig og viktig for dem, men der det tvert imot er fagfolk som vet hva som er riktig for brukerne. Brukermedvirkning handler her ikke om at fagfolkene skal lære noe gjennom brukermedvirkning, men om at brukerne som deltar skal lære" (Andreassen 2005:98). Slik sett kan også brukermedvirkning anvendes som et redskap for fagfolk til å gjennomføre sine mål, og ikke nødvendigvis det som er brukerens mål. Brukermedvirkning kan dermed bli et redskap for å skape en bestemt type brukere fordi brukermedvirkning og deltakelse krever en bestemt type ferdigheter (Dean 2006, Masschelein 2005).

De ulike interesseorganisasjonene tar spesielt for seg temaet likemannsarbeid, og det kan også sees som en form for brukerorientering. Slik som det står beskrevet i et hefte om likemannsarbeid på sykehus, utgitt av Norsk Revmatikerforbund (NRF): "Likemannsarbeid er en arena for erfaringsutveksling, hvor den egenbaserte støtte og hjelp til funksjonshemmede og deres pårørende" (s. 6). Det finnes ingen fasit på hva likemannsarbeid er, men hovedbudskapet går ut på å la mennesker med samme erfaring ha en arena for erfaringsutveksling. Dette fenomenet er anerkjent i ulike

brukerorganisasjoner og er særlig satt i system blant Anonyme Alkoholikere (AA) der hele filosofien for rehabiliteringsprosessen er at den skal ledes av mennesker som har vært i den samme prosessen selv. Det som er viktig, er at likemannsarbeid kan organiseres på ulike måter, alt fra gruppesamlinger til møte mellom to personer. Hovedpoenget er at det er organisert, og at deltakerne har et bevisst forhold til å delta i dette arbeidet.

Det mennesker som har deltatt i likemannsarbeid beskriver er at de setter pris på det sosiale fundamentet i disse møtene, og at det er den psykososiale støtten de utveksler som er sentral, ikke formidling av kunnskap om sykdommen eller funksjonshemmingen. Videre oppleves likemannens erfaring som mer troverdig enn hjelpeapparatets, fordi egenbaserte egenerfaringer skaper tillit, noe som er en sentral faktor for at mennesker skal dele sine problemer og bistå til å utvikle den gode samtalen. Det understrekes at likemannsarbeid betinger skoloring, men at skoloringen skjer i den praktiske utøvelsen av det å dele erfaringer. Her snakker en med andre ord om å være trygg på sine funksjonshemminger, godta at funksjonshemmingen skaper utfordringer, men ikke at de er til hinder for nyorientering.

Innenfor området brukermedvirkning har vi skissert følgende områder som er preget av konflikt eller sprik:

- perspektivskifte fra profesjonsstyring til brukerstyring
- brukermedvirkning kan opptre på ulike nivå, system og individ.
- ulike nivå og grader av brukermedvirkning

6 Hvordan fremstår modellen skriftlig i dokumenter

Når en skal evaluere driften av Namdal Rehabilitering, kan en gjøre det ut fra mange ulike vinklinger. I innledningen har vi gjort en avgrensning av hva vi ønsket å sette fokus på. I dette kapitlet vil vi foreta en gjennomgang og analyse av de skriftlige dokumentene og planer som gjelder drift og etablering av Namdal Rehabilitering. Vi starter med en gjennomgang av hvordan Høylandsmodellen ser ut til å ha utviklet seg fra idé til modell. Videre har vi valgt å legge stor vekt på de tre begrepene rehabilitering, kultur og brukermedvirkning. Dette fordi disse temaene er sentrale i all presentasjon av Namdal Rehabilitering. Avslutningsvis i dette kapitlet vil vi oppsummere hvordan Høylandsmodellen ved Namdal Rehabilitering fremstår for oss basert på en gjennomgang av det skriftlige materialet.

6.1 Bakgrunnsmateriell for dokumentanalysen

Vi har gått igjennom en del skriftelig materiell. De dokumenter som vi har hatt tilgjengelig og som vi har bygd vår dokumentanalyse på er i kronologisk rekkefølge:

1. "Rehabilitering i små og mellomstore kommuner i grissgrendte strøk. En modell for interkommunalt samarbeid". Prosjektrapport fra Åshild Nymo mai 1998
2. "Høylandet kommune. Rehabilitering, kultur og næring i Namdalen". Rapport fra Ernst & Young august 1999
3. "Kultur i rehabilitering et helse - og kulturfaglig utviklingsprosjekt med vekt på brukermedvirkning". Prosjektbeskrivelse av Åshild Nymo og Jan Inge Yri mai 2001
4. Notat fra rådmann Reidar Viken til Olav Guldberg: Arbeidsgruppe - fra plan og byggekomite februar 2003
5. "Notat til arbeidsgruppa. Tanker vedr. filosofi/ideologi, innhold/ansvar og målgrupper i interkommunalt rehabiliteringssenter på Høylandet". Fra rådgiver Bernt Harald Opdal mars 2003 Overhalla kommune
6. "Noen tanker om filosofi, innhold og målgruppe". Notat Høylandet Åshild Nymo mars 2003

7. "Notat om mulig bruk av kultur i en rehab. situasjon". Fra Revyfaglig senter Svein Asklund mars 2003
8. "Rehabiliteringssenteret på Høylandet. Om filosofi, innhold og målgrupper". Notat fra arbeidsgruppen mai 2003
9. Notat Høylandet rehabiliteringssenter - arbeidsgruppa Høylandsmodellen 08.07 03 Til Reidar Vikan fra Åshild Nymo
10. "Høylandet Rehabiliteringssenter -helse og humor". Lysark fra Rehabiliteringskonferansen 2003 "Ingen hindring". 11. og 12. november 2003, Rica Hell Hotell, Stjørdal.
11. "Prosjekt - Kultur og humor i rehabilitering". Søknad til stiftelsen Helse og rehabilitering 15. mai 2006.

Ved siden av disse dokumentene finnes det 4 udaterte dokument som vi har brukt:

1. "Høylandsmodellen i rehabilitering. Kultur og humorbruk i rehabilitering".
2. "Høylandsmodellen: Høylandsmodellen er en modell som viser hvordan lokale ressurser kan brukes i rehabilitering i et område med spredt bosetting".
3. "Høylandsmodellen".
4. "Namdal Rehabilitering Høylandsmodellen".

6.2 Høylandsmodellen slik den utvikles

Vi har gått gjennom dokumentene for å danne oss et bilde av hvordan prosessen omkring etableringen av Namdal Rehabilitering har forløpt. Dette har vært viktig for å få tak i hvilke intensjoner som har ligget som grunnlag for de avgjørelser som har blitt tatt, og dermed hvilke begrunnelser modellen har. Det er ulike typer dokumenter, og vi diskuterer i liten grad hvilken betydning det har at dokumentene er av ulike sjangrer med ulike adressater. Noen er skrevet av aktører tilknyttet rehabiliteringssenteret, og noen er skrevet for rehabiliteringssenteret på oppdrag, slik som Ernst & Youngs konsulentrapport, men det er også innspill fra f.eks. Revyfaglig senter. Vårt fokus har ikke vært på de ulike aktørene sine motiver eller agendaer, men på hva de ulike innspillene bringer med seg og hvordan dette etter hvert formes som en skisse til en modell for rehabilitering.

Som vi har skrevet innledningsvis, startet arbeidet med å utvikle Høylandsmodellen med Høylandet kommune sin revidering av næringsplanen i 1994/95. Men den første

sporen til det som har utkrystallisert seg som Høylandsmodellen, finner en i det første dokumentet som spesifikt omhandler rehabiliteringssenteret (1998). Det første dokumentet sier noe om det utgangspunktet man har jobber ut fra, og at man ønsker en helhetlig rehabilitering, det vil si hvor også psykososiale faktorer skal regnes med. Man ønsker å bruke utradisjonelle metoder for å oppnå effekt gjennom bruk av humor. Man ser på pasienten i et elevperspektiv som en som skal lære å ta vare på helsa si, og man har en sterk forankring i medisinsk rehabilitering hvor trening og behandlingmessig effekt er utgangspunktet.

Det reflekteres to ulike måter å forholde seg til kultur på. Kultur som opplevelse eller som et instrumentelt middel til å oppnå noe annet. I dette dokumentet blir ikke disse tiltakene satt inn i en klar sammenheng hvor man avklarer konsekvensen av å velge ulike innfallsvinkler og det synet man ønsker å for eksempel ha på brukervedvirkning. Så tidlig i prosessen er kanskje det ikke naturlig heller. På mange måter kan denne fasen sees på som en "brain storming" av gode ideer.

I neste dokument (2) som er en rapport fra konsulentfirmaet Ernst & Young (1999), ble bestilt på bakgrunn av at man ønsket å få en kartlegging av Høylandets muligheter for etablering av et rehabiliteringssenter. Denne rapporten fremhever det som er Høylandets spesielle fortrinn gjennom den kompetansen man finner innenfor *humor* (Revyfaglig senter), nærhet og lokalt organisasjonsliv. Men når det gjelder oppbyggingen av rehabiliteringssenterets egen kompetanse, er det den medisinske som fremheves, og ikke den kulturfaglige kompetansen.

Det er verd å merke seg at Høylandsmodellen som sådan ikke er beskrevet i de to første dokumentene. Men en idé om viktigheten av å se etableringen av et rehabiliteringssenter med fokus på kultur som et sentralt element i rehabiliteringsvirksomheten er sådd. Ideen om samvirke mellom de to virksomhetene (Rehabiliteringssenteret og Revyfaglig Senter), ser ut til å stå sentralt, og det ansees som viktig å benytte seg av de forutsetningene lokale fortrinn gir og at det står sentralt i forhold til å realisere en ny virksomhet.

I dokument nr. 3 (2001) s. 4, kommer det en klarere konkretisering av Høylandsmodellen i form av en målbeskrivelse: "**Høylandsmodellen skal skape**

kultur for mestring, hos den enkelte og i institusjonen, gjennom å bruke kulturen som instrument for å lære mestring."

I dokument nr. 8 (2003) s. 4 settes kultur på dagsorden som virkemiddel i rehabiliteringsprosessen. Her forsøker man også å trekke inn andre aspekter ved kulturen enn det rent instrumentelle. Og det kan synes som om man både vil se på kultur som opplevelse og egenverdi, samtidig som man hele tiden vil forsikre om at dette har effekt og er et viktig redskap. Dette dilemmaet blir i liten og ingen grad løftet fram og kommentert, det blir derfor en lite håndterbar problemstilling.

Spriket i oppfatning av hva kultur skal være i denne sammenhengen, går også klart frem av dokument nr. 8, hvor man sier at kulturen som virkemiddel ikke må oppfattes slik at den skal være gjenstand for kulinarisk nytelse, men et sett av arbeidsredskaper som brukeren skal nyttiggjøre seg av på samme måte som ved fysisk opptreningsarbeide. Kulturbegrepene som beskrives, er sang, dans kulissesnekring, revylaging, teatersport, musikkterapi og ulike former for fysisk funksjonstrening som basseng, ergoterapi og naturbruk.

Det er så i dokument nr. 9 at modellen blir beskrevet på et overordnet nivå. Her trekker man inn behovet for *deltakerrettet rehabilitering*, hvor man ser på viktigheten av å gi brukeren et eiendomsforhold til egen rehabilitering gjennom å sette *inn større innsats på kultur og humor tidlig i prosessen*. Men det gis ikke noen begrunnelse for hvorfor brukeren får et større eiendomsforhold gjennom anvendelse av kultur og humor tidlig i prosessen. Hvordan rehabiliteringen skal gjøres mer deltakerrettet konkretiseres ikke. Det kunne her vært avklarende om man hadde sett noe mer på hva man legger i *deltakerrettet rehabilitering* i forhold til *funksjonsrettet rehabilitering*. Hva er funksjon i denne sammenhengen? Og mener man med *deltakerrettet* egentlig "helhetlig rehabilitering"? Noen slike avklaringer hadde nok vært nyttig knyttet til en diskusjon om hva deltakerrettet rehabilitering skal innebære sett i forhold til begrep som ellers anvendes, slik som læring og mestring.

I dokument nr. 11 (2006) s 2 (som er det senest daterte dokumentet vi har), fremstilles Høylandsmodellen slik: *"Høylandsmodellen i Rehabilitering skal brukes ved Namdal Rehabilitering - Høylandet. Modellen skiller seg fra andre rehabiliteringsmodeller ved*

at den i tillegg til trening relatert til fysiske behov, bruker mye tid på mental stimulans og omstillingsbehov.

Aktiv bruk av humor og kultur er sentralt i rehabiliteringsprosessen fordi humor og kultur gir:

- *gode opplevelser*
- *minner og mulighet til å bruke skapende evner*
- *rom for refleksjon og følelsesmessig stimulering*
- *ufarliggjør å snakke om hverandres funksjonstap*
- *styrke muligheten for samarbeid med andre for å bedre egen situasjon (...)*

Tradisjonelt er kultur og humor brukt som forlystelse innen rehabilitering. I prosjektet kultur og humor i rehabilitering skal kultur og humor være et aktivt middel i rehabiliteringsprosessen (...)

Høylandsmodellen for rehabilitering vektlegger ressursutnyttelse hos både brukeren og hjelpeapparatet. Gjennom å koble kultur og humor sammen med rehabilitering får brukerne et tilbud av høy kvalitet - som bedre vil sette han i stand til å møte og takle hverdagen med den funksjonshemming han har.

Ved bruk av Høylandsmodellen ønsker en å bringe inn en ny dimensjon i tradisjonelt rehabiliteringsarbeid:

- *Legge vekt på omstillingsbehov og mentale behov som følger av et funksjonstap*
- *Læring, mestring og kreativitet er et sentralt punkt" (11).*

Etter en kronologisk gjennomgang av dokumentene i forbindelse med etablering av Namdal Rehabilitering, synes det klart for oss at man i starten hadde et næringsperspektiv med formål om etablering av nye arbeidsplasser i kommunen, der argumentasjonen i stor grad var å synliggjøre hvilke fortrinn lokalsamfunnet har for å kunne realisere en slik etablering. Bruk av kultur og humor har lenge vært en "merkevarer" for Høylandet, og ved etablering av en ny virksomhet, vil det være naturlig og riktig og bruke elementer i lokalsamfunnet som en styrke til en slik etablering.

Det som også kjennetegner dokumentene, er at jo nærmere en kommer etableringen, jo mer integrert blir kultur som lokalt fortrinn, en del av filosofien Namdal Rehabiliteringssenter bygger på. Forsatt preges den skriftlige fremstillingen av modellen av uklarheter, uavklarte begrep og sprikende oppfatninger om hva organisasjonen legger i sin egen modell. Men slik det fremstår i de skriftlige dokumentene mener vi å se at dette er en modell i utvikling. For å få en enda klarere oppfatning av hvordan begrepene rehabilitering, brukermedvirkning og kultur forstås og anvendes, vil vi nå ta for oss hvert av disse begrepene og se nærmere på hvordan disse begrepene fremstår i dokumentene.

6.3 Begrepet rehabilitering

I den første utredningen om Namdal Rehabiliteringssenter trekkes følgende frem: *"Å finne en entydig definisjon på begrepet rehabilitering har vært forsøkt, men praksis har vist at de mange aktørene på rehabiliteringsfeltet har ulik forståelse av begrepet medisinsk rehabilitering"* (1). I dokumentet legges det opp til en diskusjon der det går klart fram at en medisinsk definisjon av begrepet ikke vil dekke Namdal Rehabiliteringssenter sitt behov for den virksomheten de skal drive med. Dokumentet viser til denne definisjonen av medisinsk rehabilitering: *"Helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemma på grunn av sykdom, skade eller lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på mest mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser"* (1). I den delen av dokumentet som omhandler rehabiliteringens visjoner og ideologi, kommer de inn på et annet aspekt i forhold til rehabiliteringsbegrepet: *"Rehabilitering bygger på et menneskesyn som er prega av respekt for pasienten som samarbeidspartner og premissleverandør. All rehabilitering handler om å gi og organisere et tilbud som sikrer at pasienten blir tatt på alvor, og at han behandles med verdighet. Pasientens valg av tilbud, valg for å gå inn i et rehabiliteringstilbud og hans motivasjon vil være bestemmende for utfallet av rehabiliteringen"* (1).

Slik vi vurderer dette, legger Namdal rehabilitering her inn en viktig dimensjon i sin tolkning av hva rehabilitering er, nemlig individets rett til å bestemme og selv være en aktiv aktør i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess. Det sies så sterkt som at pasienten skal være *premissleverandør* i rehabiliteringsarbeidet. Det er likevel mestring og selvstendighet som er bærende elementer i rehabiliteringa, og det diskuteres i liten grad at livskvalitet kan oppleves som noe annet enn utvikling, læring og mestring, og at for noen vil kanskje gode opplevelser være det viktigste. Dette kan gjelde pasienter hvor rehabiliteringsgevinsten vil kunne være liten, eller hvor pasienten ganske enkelt ikke ønsker stort fokus på trening, men har andre behov i forbindelse med en endret livssituasjon. Det kan oppleves som et sprik mellom at man ønsker pasienten som premissleverandør og de klare føringene man har i forhold til mestring og utvikling. Dette trenger ikke være et problem for mange pasienter, men for noen kan dette oppleves som konfliktskapende. På samme måte vil det for andre brukere oppleves som om at et sterkt fokus på kultur vil "stjele" tid fra den fysiske opptreningen.

Det nærmeste en kommer en klargjørende definisjon av rehabilitering i det første dokumentet finner en på side 8: *"Rehabiliteringssentret skal drive heilhetlig rehabilitering - dette vil si "ta seg av heile menneske"! Opptrening av funksjon er en del av dette, og fysisk aktivitet, trening er her viktig. Humor skal være en viktig del av arbeidet på sentret; en ønsker å utnytte den positive effekten humor har på helse i rehabiliteringsarbeidet. Humor og fysisk aktivitet skal være fundamentet i rehabiliteringsarbeidet, og gjennom erfaringer, ny kunnskap og inspirasjon vil en gi pasienten forståelse og glede ved å kjenne at dette gir resultater. Målet er å lære pasienten å "ta ansvar for egen helse" - metodene til å nå dette målet er mange!! Som eksempel på tiltak kan nevnes samtale i grupper, spesifikke behandlingstiltak innen fysioterapi, gruppetrening, undervisning, alternative behandlingstiltak m.m." (1).*

Igjen ser vi noe som kan oppfattes som et sprik i forhold til at man ønsker å arbeide ut fra *et menneskesyn som er prega av respekt for pasienten som samarbeidspartner og premissleverandør*, mens målet er tydelig bestemt av institusjonen: *Målet er å lære pasienten å "ta ansvar for egen helse" - metodene til å nå dette målet er mange!!* Denne sammensetningen av utsagn kan tolkes dit hen at man egentlig har klare formeninger om hva som er viktig og riktig, at man ønsker å presentere en

pakkeløsning, men dog en pakke hvor man kan velge blant flere komponenter. Men komponentene er valgt ut fra et forhåndsbestemt mål. Derfor kan det synes som at det blir noe vanskelig å konkretisere hvordan brukermedvirkning og det at pasienten skal være premissleverandør skal håndteres.

På bakgrunn av forprosjektet ble konsulentfirmaet Ernst & Young bedt om å utrede etableringen videre. I denne rapporten går konsulentfirmaet ikke i vesentlig grad inn og definerer hva som ligger i rehabiliteringsbegrepet, men det settes fokus på hvilket fortrinn etableringen av Norsk Revyfaglig Senter kan ha for etableringen av et rehabiliteringssenter. I denne rapporten settes også søkelyset på en ny brukergruppe pasienter med psykiatrisk hoveddiagnose. Det er verdt å merke seg at denne målgruppen ikke blir nevnt i noen av de senere dokumentene, og det blir heller ikke drøftet hvorfor denne målgruppen ikke er aktuell eller sees på som en viktig målgruppe.

Rapporten peker på at *"Det er mangt vi kan leve med, hvis vi bare har fått "gnisten" og livsgnisten tilbake! Humor og vennskap er i denne sammenheng sentralt for de fleste av oss, og dette er det mye av på Høylandet. Rehabiliteringssentret må kunne tilby høy kompetanse når det gjelder fysikalsk medisin og kunnskap om ulike somatiske lidelser, men i tillegg må det ha spisskompetanse i forhold til psykososiale og psykosomatiske lidelser"* (2). Her er vi inne på noe av det vi tidligere påpekte, og som satt på spissen kan formuleres som at funksjonshemming lett blir noe man ser på som noe man kan takle bare man har godt humør.

Gjennom å "trene med glede" kan man overkomme sine problemer. Her kan man ane det man i funksjonshemmingslitteratur omtaler som å betrakte funksjonshemming som en personlig tragedie som helten overvinner gjennom trening og tilpasning (Oliver 1996). En alternativ måte å forstå funksjonshemmingen på er en sosial modell hvor samfunnet eller omgivelsene tilpasser sine krav og/eller legger til rette for at den funksjonshemmede selv kan definere sin nye rolle, og hvor målet er frigjøring og ikke tilpasning (Oliver 1996:130). Forholdet mellom en medisinsk forståelse og en sosial forståelse av funksjonshemming blir ikke diskutert eller problematisert i det skriftlige materialet.

6.4 Kultur

Deler av begrepet kultur blir allerede trukket frem i dokument 1 s. 8. Der står det: *"Rehabiliteringsentret skal drive heilhetlig rehabilitering- dette vil si "ta av seg heile menneske"! Opptrening av funksjon er en del av dette, og fysisk aktivitet, trening er her viktig. Humor skal og være en viktig del av del av arbeidet på sentret; en ønsker å utnytte den positive effekten humor har på helse i rehabiliteringsarbeidet"* (1).

Det går ikke frem av dokumentet hvordan ideen om bruk av humor i rehabiliteringsarbeidet har kommet, men det er nærliggende å tro at etableringen av Norsk Revyfaglig Senter på Høylandet, og den status som kommunen har i forhold til revyfestivalen, kan ha hatt en betydning. Det er verd å merke seg at i dette dokumentet bruker en ikke begrepet kultur, men spesifikt humor.

I dokument 2 fra Ernst og Young, i 4.kapitel spørres det: *Hvordan kan et rehabiliterings- og opptreningssenter kobles med satsing på kultur?"* (2). Når konsulentfirmaet kommer inn på hvordan dette kan gjøres, synes ikke utgangspunktet å være et rehabiliteringsfaglig ståsted, men heller et *fortrinnsfaglig ståsted*. I et fortrinnsfaglig ståsted legger vi hvordan allerede etablerte virksomheter kan nyttes til å gjøre nyetableringen av Namdal Rehabiliteringssenter sterkere gjennom forankring i lokalsamfunnet og det lokale "næringsliv". Her peker rapporten på *"Kommunene i Namdalen, og spesielt Høylandet kommune, syns å være et godt forspent på disse områdene. Her burde det finnes et godt grunnlag for å etablere en forsøksarena til å prøve ut hvilke tiltak som er best egnet i grønt strøk"*. Videre sies det i rapporten: *"Ved å sette kultur, miljø, natur og helse inn i en felles sammenheng øker vår livskvalitet og vår motivasjon samtidig som vi øker vår kompetanse til å mestre hverdagen. Overalt hvor det foregår kulturformidling skjer det læring. Helsetjenesten blir mer og mer teknologisk og avansert. Helsepersonell har behov for å forklare kompliserte sammenhenger på en forståelig måte. Kommunikasjon mellom pasient og pleier får derved en kulturell (pedagogisk) dimensjon"* s. 18 (2).

Her ser vi hvordan man først trekker fram humor og vennskap som viktig, mens den kompetansen man ser det nødvendig å satse på er *"høy kompetanse når det gjelder fysisk medisin og kunnskap om ulike somatiske lidelser, men i tillegg må det ha*

*spisskompetanse i forhold til psykososiale og psykosomatiske lidelser" (2). Det som skal kvalitetssikre kompetansesiden ved senteret er den man finner innenfor det medisinske feltet. Her er det medisinsk og/eller terapeutisk kunnskap som vektlegges, og ikke spesifikk kunnskap innenfor kulturfeltet. Gjennom dette forsterkes inntrykket av kultur blir et medisinsk redskap. Det sies lite om hvilken kulturell kompetanse som man bør satse på, bortsett fra at nærheten til Revyfaglig senter er naturlig å spille videre på for å ha en *kulturell ramme*. Dette forsterkes ytterligere i kap 8 i Ernst & Youngs rapport punkt 1, hvor det heter: "*Det etableres et rehabiliteringssenter på Høylandet som etableres som en del av tilbudet ved Namdal Sykehus. Med et ønske om en kulturell ramme lokaliseres sentret nært Revyrikets anlegg med Gjestegård og Norsk Revyfaglig senter.*" Igjen ser vi hvordan det fremheves at det medisinske bør være kjernen i rehabiliteringsarbeidet, mens det kulturelle innholdet sikres gjennom nærhet til kulturinstitusjonen, og blir noe som ligger omkring og rammer inn virksomheten.*

Begrepet kultur omhandles i rapporten fra konsulentfirmaet Ernst & Young i kapitlet som har som tittelen "*Rehabilitering, kultur og næring i Namdalen*". På side 9 i dette dokumentet beskrives kultur slik: "*Det er mangt vi kan leve med, hvis vi bare får "gnisten" og livsmotet tilbake! Humor og vennskap er i den sammenheng sentralt for de fleste av oss, og dette er det mye av på Høylandet*" (2). Det synes å være mer snakk om hvilke styrker Høylandet har, framfor at humor skal være en integrert del av rehabiliteringsprosessen. Rapporten legger slik vi vurderer det, i større grad opp til at dette er tjenester en skal kjøpe av andre. Eller sagt på en annen måte, dette er et fortrinn en kan utnytte gjennom at man i samarbeid med Norsk Revyfaglig Senters instruktører må utarbeide dramapedagogiske kurs, samt treningsopplegg i humor og helse.

Rapportens utgangspunkt er å synliggjøre hvilke muligheter det ligger i nærmiljøet som kan bidra til forsterkende effekter i forhold til en slik etablering. Dette kommer tydelig fram på s 14 hvor det står: "*Kultur som utviklingsfaktor. En av regionens sterke sider er en bred deltagelse i virksomheter som fremmer egenaktivitet. Det er en stor organisasjonsflora i regionen. På sikt må regionen fremstå med en samlet kulturell infrastruktur som gjør den attraktiv i forhold til bosetting og næringsmessige etableringer, for eksempel i reiselivssammenheng*".

I kapittel 4.9 i samme dokument kommer det en konkretisering av hvordan et rehabiliterings- og opptreningscenter kobles med satsing på kultur. Der trekkes det frem: (s. 17) *"Mange forsøksprosjekter har vært i gang på dette området, og det er utviklet et sett med kjennetegn på en kommune med de beste forutsetninger for å skape en slik arena:*

- *Et godt og allsidig kulturtilbud*
- *Møtesteder og treffpunkt hvor folk kan nå fram med sine tanker og ideer om hvordan lokalsamfunnet kan videreutvikles*
- *Grasrotengasjement, dugnadsånd og bred deltagelse i tilrettelegging av tilbud*
- *Nær sammenheng mellom lokal amatørvirksomhet og profesjonelt kulturtilbud som inspirerer og bidrar til å øke ambisjonene til de lokale kreftene*
- *Mennesker (lokale ildsjeler) med ideer, kompetanse og organisasjonstalent som kan mobilisere befolkningen*
- *Tilgang til risikokapital for utprøving av nye ideer og tiltak*

Kommunene i Namdal, og spesielt Høylandet, synes være godt forspent på disse områdene".

I punkt 8 i Rapporten fra konsulentfirmaer Ernst & Young kommer man med et forslag om hvordan kulturvirksomheten i rehabiliteringsprosessen kan ivaretas, men fortsatt uten at dette settes inn i en kulturfaglig sammenheng. *"Temakurs om helse, trivsel, kultur og humor utvikles i samarbeide med Norsk Revyfaglig Senters instruktører, brukerorganisasjonene, Høyskolen i Nord-Trøndelag, Universitetet i Tromsø og kulturorganisasjoner som Bygdomslaget"* (dok 2 s. 24). Som vi har nevnt, så har det vært den medisinske kompetansen som har vært vektlagt når man i dokumentene har sett på hvilken kompetanse de ansatte skulle ha. At den kulturelle kompetansen er noe som kommer "utenfra", fra rammen omkring, kan vi også lese inn i dette sitatet. Det står at man ønsker å *samarbeide* med eksterne krefter, men den kulturelle kompetansen er noe andre har, og de skal bidra med denne inn i et miljø som i utgangspunktet er tenkt å ha en medisinsk og/eller terapeutisk basis.

Hele dokument nr. 2 har kultur som en innfallsvinkel til å se styrken i en etablering av Namdal Rehabilitering på Høylandet. Ut fra dokumentet kan en derimot ikke lese *hvordan* kulturen skal være en vesentlig del av selve rehabiliteringssentrets behandlingsmodell.

Kulturen som integrert del av rehabiliteringstilbudet kommer noe klarer til syne i dokument nr. 3 s. 4:

"MÅL

Høylandsmodellen skal skape kultur for mestring, hos den enkelte og i institusjonen gjennom og bruke kulturen som instrument for å lære mestring.

Opplevelse av mestring henger sammen med krav til egen mestring. I

Høylandsmodellen skal kulturen; sang, dans, humor, revy, bildekunst og annen kultur brukes til å danne arenaer som er nye for brukeren. Brukeren får slik anledning til å mestre oppgaver han vanlig ikke er engasjert i. Denne mestringsopplevelsen brukes videre i andre opptreningsoppgaver og i arbeid med nødvendige endringer i rollemønstre. Kulturen blir slik et sett av læringsarenaer som kan tilbys brukerens behov for mestringsutvikling. Brukt på denne måten blir kulturbegrepet, som vi viser i målsettinga toverdigi: Verdien av kulturbruk i seg selv, og kulturdeltagelse som kognitiv prosess i mestringsutvikling" (3).

Her ser vi at den instrumentelle kulturforståelsen blir tydelig. Kulturen skal være *et instrument for mestring*. Det er altså ikke opplevelsen i seg selv som blir verdsatt og fremhevet, men at det er viktig at kultur er et virkemiddel. Mestringsbegrepet går også igjen i dokumentene. Mestring er heller ikke et ukomplisert begrep å forholde seg til. Det er et begrep som gir assosiasjoner om læring, utvikling og det å "holde ut" en vanskelig situasjon. Mestring kan knyttes til egne verdier og opplevelser, men blir ofte anvendt i forhold til andres mål for hva som er viktig å mestre. Det å ikke mestre kan gi opplevelse av nederlag og utilstrekkelighet. Man kan også lese en tvetydighet inn i sitatet; på den ene siden er man opptatt av *kultur som instrument for å lære mestring*, og på den andre siden skal kulturen danne nye arenaer for brukeren. Den siste innfallsvinkelen kan forstås som at disse arenaene skal være arenaer for opplevelse, og hvor opplevelsen i seg selv kan bidra til større livskvalitet, bedre humør og motivasjon i en vanskelig livssituasjon.

I dokument nr. 6 som er et tilsvaer fra arbeidsgruppen til byggekomiteen der de er bedt om å klargjøre hva Høylandsmodellen er, beskrives modellen slik:

"Rehabiliteringssentret skal være et helse- og humorhus som gir tilbud som øker mestring, gir motivasjon og tru på egne krefter og ressurser i en vanskelig livsfase.

Tilbudet bygger på:

- *trua på mennesket verdighet, menneskeverd i relasjon til seg sjøl og samfunnet*
- *trua på kultur og humor som helsefremmende faktor*
- *trua på kultur og humor som motivasjonsfaktor" (6)*

Konklusjonen i dette notatet blir:

"Rehabilitering etter Høylandsmodellen vil innebære å bruke kultur og humor som redskaper for å lære brukeren å mestre sin nye situasjon. Modellen vil jakte på ressurser og sette innsats inn for å styrke sterke sider. Brukeren skal lære seg å ta nye sjanser, og i løpet av oppholdet få kjennskap til sterke sider ved seg selv" (6). Som en ser av ordvalget har begrepene kultur og humor nå kommet inn i målformuleringen.

Dokumentene tydeliggjør hvorfor dette er viktig, men ikke hvordan kultur og humor skal implementeres i rehabiliteringsprosessen.

I dokument nr. 7 er det listet opp 11 ulike kulturaktiviteter; *"lesegruppe, skrivegruppe, dataopplæring, turer m/guiding, håndverkdemostrasjon/egenprøving, diskusjonsgrupper, sanggruppe, kryssordløsning i gruppe, dans, fysak, seniordans."*

Det er skrevet kort hva disse aktivitetene innholder, men de er ikke satt inn i en sammenheng der en argumenterer faglig for aktiviteten med mål og virkemiddel, eller som viktige aktiviteter i seg selv. I dokument nr. 7 (2003) s. 3 er det utformet en dagsplan hvor en viser at kultur er synliggjort som aktiviteter i løpet av uka.

I arbeidsgruppens tilsvaer til byggekomiteen kommer de med følgende:

"Høylandsmodellen for rehabilitering vektlegger ressursutnyttning hos både brukere og hjelpeapparatet. Modellen skiller seg fra andre rehabiliteringsmodeller i forholdet mellom innsats og resultat. Vanlige rehabiliteringsprosesser vektlegger stort sett funksjonsrettarehabilitering, mens den deltakerretta rehabiliteringa er sekundær. I høylandsmodellen setter en inn større innsats på kultur og humor tidlig i prosessen for å gi brukerne innsikt og eiendomsforhold til egen rehabilitering.

Koblinga mellom kultur/humor/rehabilitering gir brukere et tilbud av høy kvalitet i oppholdet ved sentret. Dette vil sette brukeren i bedre stand til å takle og møte hverdagen med den funksjonsnedsettelsen eller redusert funksjonsevnen han har."

I det samme dokumentet på side 3 definerer de begrepene kultur og humor slik:

*"**kultur** - av greske ordet "cultura" som betyr dyrke, foredle. I Høylandsmodellen bruker vi det utvida kulturbegrepet som omfatter: kunst, humor, revy, fysisk aktivitet, friluftsliv, skriving, dans, musikk etc. En annen definisjon av kultur er: "Kultur er kreativ og skapende aktivitet, fysisk og åndelig, individuelt og kollektiv"*

***humor**- "den mentale evnen til å oppdage, uttrykke eller sette pris på elementer av latterlig eller absurd inkongruens(motstridende) i ideer, hendelser eller handlinger"(Standarddefinisjon)".*

Selv om definisjonene er der, beskrives det ikke hvordan man ut fra denne forståelsen vil omsette dette i det praktiske arbeidet.

Når vi nå har tatt for oss behandlingen av *kultur* som begrep i dokumentene, kan vi oppsummert si at inntrykket er at man starter med å se at *humor* kan være noe som kan være med på å skape en bestemt profil på rehabiliteringssenterets modell. Etter hvert utvider man dette til å gjelde *kultur* mer generelt. Man tar utgangspunkt i at det er viktig å utnytte den kompetansen man allerede har på Høylandet knyttet til Revyfaglig senter. Vi ser at det først og fremst er en instrumentell forståelse av kultur og humor som fremheves. Kulturtiltak skal være med på å gi bedre mestring. Samtidig kan man ane en forståelse av kulturens egenverdi, men at denne blir noe diffus og overskygget av behovet for å fremheve at kultur har effekt. Begrepet *livskvalitet* kunne vært en hjelp til å diskutere og nyansere ulike forståelser og anvendelse av kultur sett i forhold til en tradisjonell medisinsk rehabilitering.

6.5 Brukermedvirkning, selvbestemmelse og ressursorientert rehabilitering

Slik vi tolker det første dokumentet legges det sterkt opp til empowerment tekning i rehabiliteringsarbeidet ved Namdal Rehabiliteringssenter. I dette begrepet ligger det at pasienten selv skal ha råderett over det tilbudet som gjelder og kan takke nei til det som blir foreslått. Her er det med andre ord ikke snakk om at pasienten skal fremstå som en samarbeidspartner som det er vanlig i et brukermedvirkningsperspektiv, men her legges det vekt på at pasienten skal være premissleverandør. Dette stiller store krav til organisasjonen og de som jobber der. Videre skal en være ressursorientert i sin tilnærming i rehabiliteringsarbeidet. Slik som dette fremstår, vil begreper som å være serviceinnstilt, ha brukerstyring og fokus på muligheter og ressurser være viktige elementer i rehabiliteringssentrets filosofi.

En utfordring synes å ligge i forholdet mellom styring og frihet. Hvor stor grad av frihet skal det ligge i forståelsen av brukermedvirkning? I hvor stor grad er denne friheten reell? Og på hvilket nivå er det at brukermedvirkningen skal gjøre seg gjeldende? Det avgjørende er hvorvidt brukeren har valgt rehabiliteringsoppholdet på bakgrunn av den spesielle modellen, geografi eller ledig plass. Hvordan håndterer man brukermedvirkning dersom brukeren har valgt oppholdet på bakgrunn av andre motiver enn kultur og humor? Har da brukeren mulighet til å velge bort noe og velge til seg mer ren fysikalsk trening f.eks? Det vil være en sammenheng mellom årsaken til at man velger og hvordan man ønsker å utøve brukermedvirkning. Når man først har valgt Høylandet, må man da "ta hele pakken"? For å eksemplifisere utfordringene som ligger her, kan vi se på neste avsnitt hvor det står: *"lære pasienten å ta ansvar for egen helse"*. Hva ligger det i det, og hvordan kan et slikt utsagn forstås i forhold til brukermedvirkning? I dette utsagnet er det overføring av læring og utvikling som står i sentrum, ikke en felles skapt forståelse av "god helse" med utgangspunkt i den enkelte. Dette synes å være gjennomgående at det synes å være et sprik mellom det man ønsker å oppnå og metode. En årsak til dette spriket kan være at man er uklar på hva man vil oppnå fordi det er en medisinsk rehabiliteringsfilosofi som ligger til grunn, og derfor faller man tilbake på en tradisjonell medisinsk retorikk.

I dokument nr. 8 trekkes noen punkter frem som fremstår som Namdal

Rehabiliteringssenter sin filosofi.

- *Lokal forankring (hovedvekt på lokale og fleksible løsninger, nært brukerens heim og hverdag)*
- *Tverrfaglig samarbeid, tverretatlig samarbeid og samarbeid mellom forvaltningsnivåer (slik at personer med rehabiliteringsbehov sikres nødvendig bistand i sin innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstedighet og deltagelse)*
- *Gjenvinne verdighet (mer opptatt av verdighet enn mestring)*
- *Likeverdighet og tilgjengelighet (uavhengig av økonomi, alder, type funksjonshemming og kjønn)*
- *Rehabilitering er en prosess (av planmessige og sammensatte tiltak)*
- *Prosesen er individuell (individuelle planer for personer med sammensatte rehabiliteringsbehov)*
- *Inn så tidlig som mulig (brukeren skal få assistanse der han/hun først henvender seg)*
- *Sikre brukermedvirkning (egenaktivitet og egenansvar i rehabiliteringsprosessen)*
- *Omsorg for hele menneske (fokus på ressurser)*
- *Utgangspunktet er funksjonsvurdering (forutsetter medisinsk diagnose eller diagnosestilling) (8).*

I disse punktene kan vi identifisere intensjoner om brukermedvirkning både på system- og individnivå. Det fokuseres både på brukerens rettigheter og ansvar i rehabiliteringsprosessen, og det fremheves at dette er en individuell prosess på bakgrunn av kartlegging ut fra medisinsk diagnose. Også her kommer feltenes tvetydighet fram gjennom å tydelig være opptatt av det medisinske som utgangspunkt, til å presisere at man er opptatt av verdighet fremfor mestring. Dette til tross for at mestring opptrer hyppig i dokumentene som et viktig mål. Dette som kan leses som sprik eller tvetydigheter, kan også leses som et uttrykk for at dette er en prosess som ikke har funnet sin endelige form, og som vi har presisert tidligere, Høylandsmodellen skal skapes i et felt som ikke er entydig, heller ikke i synet på brukermedvirkning. Det man må være oppmerksom på, er at brukermedvirkning i verste fall kan bli et

terapeutisk tricks, hvor man gir inntrykk av at brukere har innflytelse, men hvor det egentlig er forutbestemt hva og hvordan ting skal gjøres (Hofseth 2000).

En annen innfallsvinkel til brukerdeltakelse er likemannsarbeid. I dokument nr. 1 s. 3 står det: *"Likemannsarbeid skal ha sin plass på rehabiliteringssentret. Med likemannsarbeid meiner en at personer i "samme båt" møtes og lærer av hverandres erfaringer. Likemannsarbeid kan drives på ymse måter, og det må være et mål at dette arbeidet får sin plass"* (1).

I dok. nr. 3 s. 4 blir begrepet likemannsarbeid i noe større grad beskrevet:

"Likemannsarbeid er organisert kontakt mellom to eller fleire personer med mest mulig lik problematikk og funksjonshemming eller livssituasjon. Dette arbeidet blir satt i gang for å hjelpe mennesker med kroniske plager å finne fram i det kaoset som oppstår når sjukdom/ulykker etc. rammer. Et poeng i med likemannsgrupper kan være å formidle hjelp av praktisk art i og med at arbeidet bygger på egenerfaring" (3).

Dokumentet sier ingenting om hva slags hjelp man kan bistå med eller hvordan arbeidet vil organiseres med Namdal rehabilitering som utgangspunkt.

Også i anvendelsen av begrep som *deltakerretting*, *likemannsarbeid* og *brukermedvirkning*, blir begrepene satt inn i en konkret sammenheng hvor det beskrives *hvordan* man faktisk arbeider ut fra en slik orientering, og hvilke konsekvenser det faktisk vil ha på ulike nivå. Man kan tenke seg brukermedvirkning i valg av rehabiliteringsmodell (det vil si medvirkning på et mer overordnet nivå), eller man kan tenke seg at brukeren har styring med sin rehabiliteringsprosess i det daglige. Den første innfallsvinkelen kan gjøre det mulig å presentere en ferdig modell, den andre innfallsvinkelen gjør at man må åpne opp for en langt mer åpen tilnærming.

7 Høylandsmodellen slik den fremstår for oss basert på en gjennomgang av skriftelig materiale.

Hvordan fremstår så Høylandsmodellen i de skriftlige dokumentene? Som vi allerede har antydnet, fremstår ikke modellen som et tydelig arbeidsredskap i dokumentene. Vi har tatt ut tre sitater som samlet sett beskriver essensen i Høylandsmodellen. Samlet sett mener vi disse representerer kjernen i Høylandsmodellen slik den blir fremstilt:

Modellen skiller seg fra andre rehabiliteringsmodeller ved at den i tillegg til trening relatert til fysiske behov, bruker mye tid på mental stimulans og omstillingsbehov.

Man ønsker å fremheve det som er annerledes ved Høylandsmodellen, gjennom fokus på mer enn fysikalsk opptrening

Tradisjonelt er kultur og humor brukt som forlystelse innen rehabilitering. I prosjektet kultur og humor i rehabilitering skal kultur og humor være et aktivt middel i rehabiliteringsprosessen (...)

Man ønsker ikke å "redusere" kultur til forlystelse, kultur skal være "nyttig".

Gjennom å koble kultur og humor sammen med rehabilitering får brukerne et tilbud av høy kvalitet - som bedre vil sette han i stand til å møte og takle hverdagen med den funksjonshemming han har.

Kultur og humor er viktig som mestringsstrategi.

En punktmessig oppsummering av fremveksten av Namdal Rehabilitering og Høylandsmodellen kan fremstilles slik:

- viktig med virksomhet på Høylandet
- har ildsjeler/fagpersoner som kan jobbe fram et rehabiliteringssenter
- har et revyfaglig miljø
- ser behovet for å finne/skape en modell eller et "image" som gjør at rehabiliteringssenteret også kan bli attraktivt utenfor Namdalen, noe som kan gi flere argumenter enn geografi/distriktpolitikk

- begrep som rehabilitering, kultur og brukermedvirkning er sentrale, men det er uavklart hva man legger i disse begrepene, og hva som skal være forholdet mellom begrepene og den konkrete utførelsen
- modellen fremstår som en pakke "gode intensjoner", men med lite konsistens. Det som synes å bli kjernen, er fortsatt en tradisjonell medisinsk rehabilitering
- en sterk entreprenørånd og et sterkt ønske om å skape noe er et viktig fundament

I det faglige fundamentet Høylandsmodellen bygger på, blir disse faglige begrepene fremtredende:

- helhetlig rehabilitering
- humor og fysisk aktivitet skal være fundamentet
- Målet er å lære pasienten å "ta ansvar for egen helse"
- deltakerrettet
- mestring
- høy kompetanse når det gjelder fysikalsk medisin og kunnskap om ulike somatiske lidelser, men i tillegg må det ha spisskompetanse i forhold til psykososiale og psykosomatiske lidelser

Modellen synes først og fremst å ha utviklet seg fra en ide om å gjøre en etablering av et rehabiliteringssenter på Høylandet mulig. De første dokumentene peker i den retningen. Det vil si at Høylandsmodellen fremstår som en rehabiliteringsmodell fordi rehabiliteringssentret ligger på Høylandet som ellers er kjent for revyfestival, filmproduksjon og at Norsk revyfaglig senter ligger i geografisk nærhet.

I dokumentene som følger utover i etableringsfasen, prøver en å tydeliggjøre Høylandsmodellen uten at en er helt i stand til å vise hvordan kultur og humor skal være det gjennomgående i rehabiliteringsprosessen. Begrepene kultur og humor fremstår ikke i beskrivelsen som de gjennomgående arbeidsredskapene, men i større grad som noe som blir plassert litt på siden og som en del av rehabiliteringstilbudet, men ikke som det bærende elementet i rehabiliteringstilbudet. Rehabiliteringstilbudet fremstår som et rehabiliteringstilbud tuftet på den medisinske forståelsen av begrepet. Der opptrening av tapt funksjon blir det fremtredende, men hvor man har som

intensjon å tilby noen kulturelle aktiviteter. Dette er ikke ulikt det man har på mange rehabiliteringsinstitusjoner.

Slik som vi tolker dokumentene, er det klart at det er ildsjeler som har stått som den sentrale drivkraften bak etableringen. Men det er først og fremst næringsfokuset som har stått i sentrum, det å skaffe arbeidsplasser og virksomhet på Høylandet. Ut fra ønsket om å etablere næring har man sett etter hvilke fordeler Høylandet og Namdalen har. Her er det naturlig å bruke revy og humor for Høylandet sin del, og aktivt kulturliv basert på dugnad og integrering generelt sett for Namdalens sin del.

I prosessen har en tilført de fortrinnene Høylandet og Namdalen har inn i en faglig tenkning rundt rehabiliteringsbegrepet, men uten at en har klart å synliggjøre hvordan kultur og humor skal være det gjennomgående elementet i faglig, ideologisk og praktisk tenkning. De forsøkene som blir gjort med å fremstille kultur og humor som sentrale element, blir da fremstilt som aktivitetstilbud til brukerne, mens en ikke sier noe om hvilke faglige utfordringer dette gir for de ansatte. Ei heller er det synliggjort hvordan kultur og humor skal influere på de arbeidsmetoder som de ansatte benytter seg av, enten det er fysioterapi, omsorg eller miljøterapeutiske modeller. Dette får den konsekvensen at kulturen blir et vedheng og ikke en integrert del av den opptreningen og nyorienteringen ansatte skal bidra til.

På denne måten blir begrepene rehabilitering, kultur og brukermedvirkning ikke faglig forankret i en samlet modell, men begrepene fremstår i en medisinsk kontekst i den forstand at det er den medisinske forståelsen av rehabilitering som blir stående igjen som sentral. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om innsøkende innstans er bevisst hvilket rehabiliteringssenter de søker brukerne inn på. Blir Namdal Rehabilitering valgt fordi de fremstår som å ha et alternativt rehabiliteringssyn, ledig plass eller blir sentret valgt fordi de ligger nært brukerens hjemsted?

Namdal Rehabiliteringssenter er i en etableringsfase, derfor er det viktig at sentret tar et aktiv valg i forhold til hvilken vei de ønsker å gå. Skal de satse på å utvikle en modell basert på de gode intensjoner, der kultur og humor er kjerneområdene i den nyorienteringsprosessen rehabiliteringspasientene skal igjennom, eller skal rehabiliteringssentret etablere seg med en medisinsk forståelse av rehabilitering og

opptrening der kultur først og fremst blir et virkemiddel i forhold til et aktivitetstilbud og en mulighet for atspredelse i hverdagen? I likhet med Ernst & Young tror vi entreprenørånden og viljen er til stede for å utvikle en modell der kultur og humor fremstår som det bærende elementet i rehabiliteringsprosessen. Likevel er det slik at når en ser på de begreper Namdal Rehabilitering legger til grunn som kjernebegreper i Høylandsmodellen, har vi som før sagt at rehabilitering ut fra medisinsk termologi og forståelse er det som ligger til grunn for forståelsen og som tydeligst kommer til uttrykk i det skriftlige materialet. Målsetningen er at Høylandsmodellen skal være et alternativ. Skal den fremstå som et alternativ, må kultur og humor være det som fremstår som kjerneområdene i tilbudet.

Beskrivelser og intensjoner er én ting, praksis kan være annerledes. For å få tak i hvorvidt den praktiske utøvelsen korresponderer med det skriftlige materialet, skal vi se på hva som kom fram i fokusgruppeintervjuene med brukere og ansatte.

8 Hvordan fremstår modellen for de ansatte

Vi har i denne rapporten argumentert for at rehabiliteringsbegrepet ikke er et entydig begrep. Begrepet har i stor grad vært preget av tradisjonelle perspektiver innen medisin. I dokumentene som omhandler etablering og drift av Namdal Rehabilitering, beskrives begrepet på ulike måter. Slik vi leser dokumentene fra rehabiliteringssenteret, er det ikke en entydig forståelse av begrepet rehabilitering som ligger til grunn for institusjonens filosofi og behandlingstilbud. Namdal Rehabiliteringssenter legger ikke bare en medisinsk forståelse av begrepet til grunn, men legger også vekt på at de skal tilby en helhetlig rehabilitering. I begrepet helhetlig rehabilitering beskriver de at de skal *ta seg av hele mennesket*, og at dette dreier seg om noe mer enn opptrening i forhold til en tapt eller redusert funksjon. De ønsker et rehabiliteringstilbud hvor brukerens fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle behov skal stå i sentrum.

De ansattes erfaringer og beskrivelser har vi i første rekke fått gjennom fokusgruppeintervju. I disse intervjuene tok vi utgangspunkt i de begrepene eller temaene som kom fram i dokumentanalysen; rehabilitering, brukermedvirkning og Høylandsmodellen (hvor kulturbegrepet ligger implisitt). Vår antakelse er at den måten de ansatte forstår disse begrepene på, er med på å prege det arbeidet de gjør. Ettersom det er disse begrepene som er bærebjelker i det skrevne materialet som skal beskrive intensjonene rehabiliteringssenteret skal jobbe etter, ble disse relativt omfattende begrepene et utgangspunkt for samtalene i fokusgruppene.

Måten vi har arbeidet oss framover på i analysen er påvirket av et aksjonsforskningsperspektiv hvor vi ønsker at forskningen skal være med å utvikle arbeidet ved rehabiliteringssenteret videre. I analysen videre har vi anvendt tre begreper som vi opplever som funksjonelle for å synliggjøre prosessen fra intensjonene man har hatt ved etableringen av senteret og frem mot det praktisk utøvde arbeidet. Denne prosessen synliggjøres i vår analyse gjennom forholdet mellom **intensjoner - metode - handling**. Intensjonene står skrevet i de dokumenter vi har tilgang til og beskrevet før i denne rapporten, men også under fokusgruppene beskriver de ansatte hvilke intensjoner de opplever som sentrale i forhold til ideen bak rehabiliteringssenteret. Vi ser på hvilken måte man ønsker å sette intensjonene ut i live

gjennom å formulere en metodikk, for så å ut fra intervjuene å fortolke hvordan de ansatte selv beskriver sine valg og handlinger i praktisk arbeid.

Rehabilitering - fra modell til handling

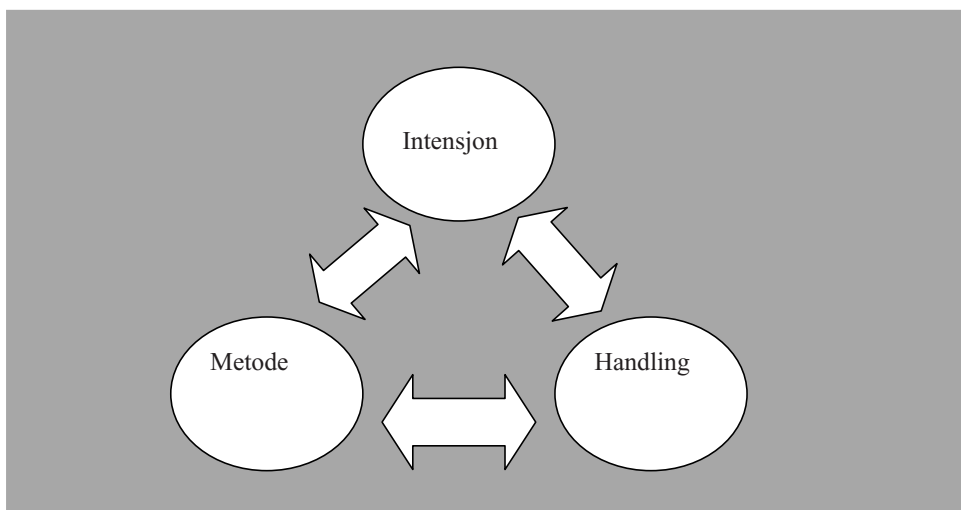


Fig. 1

Ut fra intervjuene kan det være vanskelig å skille mellom intensjoner, metode og handling. Slik vil det også være i virkeligheten. Vi har likevel for oversiktens skyld forsøkt å holde oss til denne inndelingen. Denne systematiseringen kan være til hjelp for oppdragsgiver når det skal skapes og beskrives arbeidsredskap for videre utvikling av institusjonen³. I analysen av det som blir sagt i fokusgruppeintervjuene, har vi sett at de tre områdene gjensidig påvirker hverandre og kan sees på som ledd eller nivå i en arbeidsprosess. I analysen ser vi på hvordan rehabilitering, brukermedvirkning og Høylandsmodellen beskrives av de ansatte i forhold til intensjoner, metoder og handlinger.

8.1 Intensjoner

Rehabilitering og brukermedvirkning

Når det gjelder begrepet rehabilitering blir intensjonene mest tydelig på hvem rehabiliteringen er til for og hva det er viktig å se etter. Fire ting kom tydelig frem 1) brukeren skal være i sentrum 2) en skal være ressursorientert, 3) oppholdet på Namdal

³ Dette kommer vi nærmere tilbake til i oppsummeringen

rehabilitering er bare en liten bit av den enkeltes brukers rehabiliteringsprosess og 4) Høylandsmodellen skal representere en forskjell fra ordinær rehabilitering.

De ansatte refererte både til St.melding 21 og en definisjon av rehabilitering som "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet."

At brukerens skal stå i sentrum i rehabiliteringsarbeidet var en gjennomgående holdning alle tre gruppene tok frem. *Rehabilitering er jo en prosess som er brukerens prosess som vi hjelper dem i kan du si*

De ansatte beskriver at deres rolle er å bistå brukerne i denne prosessen, men at det er brukerens prosess. Dette blir understøttet av utsagn om hvordan man ønsker å forholde seg til brukerne, gjennom holdninger som:

Å møte dem med respekt

og

Fra de kommer inn døra, kan du si, så må vi liksom si at: Den personen der han skal vi bli kjent med", og det er som den personen han er, og ikke som den hofta som kom inn døra, sant?

Institusjonen forventer å motta brukere som skal inn i en rehabiliteringsprosess, men ikke alle brukere som kommer til rehabiliteringssentret er typiske rehabiliteringsbrukere. De ansatte deler gruppen brukere opp i tre grupper som har noe ulik målsetting med oppholdet. Den ene gruppen brukere er de som kommer til institusjonen for opptrening og nyorientering hvor både institusjonen og brukeren har stor grad av felles forståelse for hva som er målsettingen med oppholdet og der bestillingen til rehabiliteringsinstitusjonen er klargjort. Rehabilitering er en omfattende prosess som gir utfordringer på flere områder. Rehabilitering handler slik de ansatte beskriver det ikke nødvendigvis om å skulle tilbake til tidligere nivå og livsførsel, men å ta hensyn til endret livssituasjon og jobbe innenfor flere områder, slik som denne refleksjonen mellom informantene viser:

Men rehabilitering det er mer omfattende, flere ting som har skjedd, og større og større områder, kanskje hele livssituasjonen din er endret.

Flere aktører inn ja

For det er flere sider av livet som har blitt endret, og de skal lære seg til å leve... et nytt liv kanskje.

*I alle fall leve med de begrensningene, eller de mulighetene, de har i den nye situasjonen, det er jo det som vi skal hjelpe dem med, kan du si da.
Du kan si der er det jo kanskje mer skille på rehabiliteringsbrukerene, altså de det er større problemer med, mer omfattende.*

Den andre brukergruppen betraktes ikke som rehabiliteringsbrukere, men personer som er der for ren opptrening.

Vi skiller jo litt mellom opptrening og rehabilitering, for ved opptrening så er det.....da har du mer muligheten til å bli god med enklere midler, og med behandling og sånt, så sier vi sånn at: "blir du bra så kan du fortsette med den livssituasjonen som du hadde før".

Den siste gruppen brukere er de som ikke er der verken for rehabilitering eller opptrening, men som kommer dit for det som må betraktes som avlastning.

Dette med brukerne svinger jo også veldig hos oss, det har dere kanskje fått hørt....men de siste måneder før jul så var brukerne mye dårligere, og ikke like deltagende, og kanskje ikke visste helt hvorfor de var her, og hadde ikke like klare mål...

Men det viser jo litt hva kommunene på en måte sender til oss også da... og det er jo litt synd at de bruker oss som enen periode...delvis avlastningsgreie da, for de hadde jo betalt inn de pengene som vi ba om, og så sender de folk som...ja...jeg vet ikke jeg...altså hva skal jeg si.....samfunnsøkonomisk så synes jeg det var dårlig bruk av...det går litt på det.

Dette innebærer at de ansatte forholder seg til tre ulike brukergrupper. Mennesker som kommer til institusjonen som et ledd i en rehabiliteringsprosess, brukere som kommer for ren opptrening og brukere som er på institusjonen som nesten et rent avlastningstiltak. Dette gir institusjonen store utfordringer i forhold til å utforme en rehabiliteringsmodell basert på ideen bak Høylandsmodellen.

De ansatte har klare intensjoner om at det som ligger til grunn for deres rehabiliteringsarbeid er et "helhetlig menneskesyn", det vil si de er opptatt av mer enn diagnose, og ønsker å se mennesket bak diagnosen. De er opptatt av at dette skal være brukerens prosess, det vil si at man må ta utgangspunkt i brukerens egne ressurser, ressurser som kan være svært forskjellig fra bruker til bruker. Man har intensjoner om å finne frem brukerens potensial og være løsningsorientert i stedet for problemorientert. De ansattes holdning er at de er opptatt av at brukerne skal kunne få øye på sine egne muligheter:

Ta fatt i ressurser, og ikke i problemer, som ikke er fokus.

Ja være med, og det er kanskje den største utfordringen, det å faktisk til å bruke seg selv.

For jeg tror det at fokuserer du på det som går bra, og ser at de små framskrittene du gjør, så blir du fortere frisk altså, enn om du hele tiden skal se på det som ikke blir bra.

De ansatte er opptatt av at rehabiliteringsprosessen må eies av den enkelte, og at det handler om å gjenvinne verdighet og å støtte den enkelte i denne prosessen. De ønsker også å ha en motiverende rolle i rehabiliteringsarbeidet. De ansatte skal motivere brukeren til å bli aktiv og til å mestre gamle og/eller nye ferdigheter. De er opptatt av at rehabilitering er brukerens prosess og at brukeren skal kunne sette seg mål for oppholdet. Her beskriver de ansatte at de møter på utfordringer fordi brukeren ikke ser vitsen med disse intensjonene eller ikke ser nytten av slik arbeid. Dette kan ha to årsaker, enten at brukeren ikke i god nok grad er informert om hva slike mål skal brukes til og sammenhengen mellom målsetting og oppholdet på rehabiliteringsinstitusjonen. En annen forklaring kan ligge i at brukeren er på institusjonen i opptreningsøyemed eller på avlastning, og at brukeren sin målsetting og behov for oppholdet ikke helt passer sammen med arbeidsmodellen de ansatte bruker.

For å oppnå en helhetlig rehabilitering har man intensjoner om å arbeide tverrfaglig. Under intervjuene kom det fram at man i starten hadde hatt intensjoner i personalgruppa om at tverrfaglighet var noe man ønsket å tilstrebe seg, men uten å ha en klar definisjon og felles forståelse av hva dette innebar for institusjonen. Intensjonen om tverrfaglighet synes derfor å ha moderert seg noe og noen av de ansatte beskriver det i stedet som flerfaglighet:

*vi har forskjellige grunnfjell...
sånn at hvis vi kanskje til sammen fyller ut hver vår sektor i en sirkel, og kanskje nærmer oss helheten på den måten, altså en vil jo aldri se alt...
det tror jeg ikke vi skal tro at vi gjør noen gang, men kanskje vi ser nok innimellom..
til å gjøre noen forskjeller..
Ja, for vi gikk jo ganske fort i den fellen med tverrfagligheten når vi startet opp her, at vi trodde at alle skulle gjøre alt, og det er jo ikke det tverrfaglighet er. Og så holdt vi på veldig lenge å jobbe flerfaglig, og det gjør vi vel kanskje delvis enda, men blitt mye flinkere synes jeg.*

Ved siden av å arbeide tverrfaglig, har man også intensjoner om å arbeide på en slik måte at Namdal Rehabilitering ikke opptrer isolert, men er en del av en lengre rehabiliteringskjede.

Så har vi drevet og snakket om, det har vi ikke startet på å gjennomføre enda, om det går an å få sendt ut noe skriv, eller fått snakket noe med brukeren før han kommer, bare for at han har fått forberedt seg, og tenkt noe igjennom det før han kommer hit.

De ansatte har planer om samarbeid med kommunene både i forkant og etterkant av oppholdet. I forkant for å kunne forberede seg på hvem som kommer og hvilke behov vedkommende har, og i etterkant for å sikre videreføring av det arbeidet som blir gjort på senteret.

Høylandsmodellen (bruk av kultur og humor i rehabiliteringsprosessen)

De ansatte beskriver kultur og humor som viktige bærebjelker i rehabiliteringsprosessen. Det er likevel noe vanskelig å trekke ut fra intervjuene hva de ansatte ser på som **intensjoner** i forhold til Høylandsmodellen. Det de i første rekke beskriver er handlinger, men slik vi ser det kan disse handlingene være et uttrykk for intensjoner som man handler i forhold til:

Vi bruker tullprat, det er en viktig del...

O: Tullprat er en viktig del?

De fleste av oss er jo lettlivet da...

Jaja, det er veldig sånn lett tone blant de ansatte

Bruke det litt hele tiden, sant, at vi er positiv, så de ser at du trives på arbeid og sånt noe. Det tror jeg er....du får dem med deg, i mot at du bare kanskje ikke ser dem, sant, eller at du er lei og.....men det har vi ikke blitt enda. Jeg synes det er greit å komme på arbeid.

Og så dette med utfordringen i forhold til å lese et dikt, eller opplesning, det har variert litt hvor dyktig vi har vært til å utfordret dem da, men det er overførbart til å tørre å ta litt risiko i forhold til trening også, fysisk trening, og sosial trening, ikke minst.

Også at kultur - i hvert fall som jeg føler det - det er at det er veldig vidt, må ikke tro at det er bare å synge, kan du si, eller noe sånn, det spenner....ja...vannvittig vidt kan du si, og det har jo også brukerne forskjellig oppfatning av, hva de føler er kultur, og hva de liker av kultur, eller...så det er det vi må prøve å finne ut.

I disse uttalelsene ser vi at man har intensjoner om at et godt og "lett" arbeidsmiljø er viktig. I det hele tatt ser man på det hverdagslige gode humøret og det å ha en positiv holdning som viktig. De uttrykker også intensjoner om å utfordre brukerne med å bidra med ulike kulturelle uttrykk, fordi de mener dette kan ha overføringsverdi til trening og det å tørre å gjøre nye ting på andre områder. Men de ansatte (minus kulturarbeideren) har vansker med å se sin egen rolle i modellen, i rollen som sykepleier og fysioterapeut etc. De har store forventninger til at det er kulturarbeideren

som skal ha oversikten og være den som primært "holder" i modellen og setter den i system. Det blir likevel holdt frem at utsiktene til å arbeide på en "annerledes" rehabiliteringsinstitusjon med alternative metoder også har vært motivasjon for å søke seg jobb der. Problemet synes ikke å ligge i motvilje mot anvendelse av kultur og humor, snarere tvert i mot, men vansker med å identifisere hva dette konkret innebærer og hvordan det kan settes ut i live av andre enn kulturarbeideren:

Nei, jeg er veldig klar på at jeg har et arbeid å gjøre sjøl i forhold til å få det under huden, at jeg tenker i de baner, for det er sånn som det er, når det blir travelt så finner du fram den medisinen som sitter her, og så gjør du sånn som du har gjort før, for det fungerer i hvert fall, da får du unna ting, men nå blir det, forhåpentligvis, mer..altså ansatt folk i de stillingene som har vært vakant, så du slipper denne travelheten som bestandig innhenter helsevesenet, så da...altså det er jo og lære seg andre måter å lære på enn hva en har gjort tidligere, og hva du har erfart tidligere, for dette er en annen plass enn et sykehus eller.....det er annet fokus, og da.....det er det vi selger oss for og reklamerer for, at vi skal være annerledes på dette området her, og da har jeg et ansvar for å arbeide....

De ansatte er bevisst på at man har intensjoner om at Namdal Rehabilitering skal være et "annerledes" rehabiliteringssenter, men at man i en travel hverdag lett faller inn i tradisjonelle arbeidsmåter og rutiner. Mangel på tid og at ikke alle stillingene er besatt, blir gitt som forklaring. De ansatte beskriver et hektisk oppstartsår hvor det har vært vanskelig å få tid til å arbeide med å beskrive intensjonene i modellen.

Intensjoner kort oppsummert:

- Namdal Rehabilitering skal være et ledd i en lengre rehabiliteringsprosess
- Brukerne skal være aktivt deltagende i egen prosess og skal trives
- Det er viktig å ha et godt arbeidsmiljø og ha det artig på jobb, for det smitter over på brukerne
- Kulturdimensjonen er viktig i en helhetlig rehabiliteringsprosess, fordi det er avgjørende hvordan du har det for hvordan du opplever lidelsen/sykdommen/funksjonshemmingen

8.2 Metode

Hvilke metoder har man så for å sette intensjonene ut i live? Her ser vi at tre faktorer utmerker seg: 1) intensjonene knyttet til rehabilitering iverksettes gjennom yrkesspesifikke kartleggingsverktøy, 2) intensjoner om tverrfaglighet og brukermedvirkning blir bare delvis fanget opp av disse metodiske redskapene og 3)

intensjonen om at Høylandsmodellen skal være en overgripende ideologi blir i stor grad overlatt til kulturarbeideren å iverksette, men man har generelt et ønske om å bidra i større grad.

Det de ansatte først og fremst beskriver er ulike kartleggingsverktøy. I første rekke er dette yrkesspesifikke kartleggingsverktøy forankret i en medisinsk tradisjon og som anvendes av respektive sykepleiere, vernepleiere og fysioterapeuter for å kartlegge brukerens fysiske tilstand. Disse kartleggingsverktøyene anvendes som grunnlag for treningsprogram og praktisk tilrettelegging. Ved siden av disse kartleggingsverktøyene anvender kulturarbeideren det som omtales som KU-metoden, som er en kartlegging av brukerens interesser, drømmer og ønsker for aktiviteter ut over fysisk trening. Dette kan være at brukeren ønsker å komme seg ut på tur igjen, gå på elgjakt, moltetur, lære seg å bruke mobiltelefon eller lære mer om astronauter og misjon i Brasil. Hovedsaken med KU-metoden er å få tak på brukerens interesser for å bruke dette aktivt i motivasjonsarbeid og som ledd i brukerens ny-orientering etter å ha blitt utsatt for sykdom eller skade:

Nei, eller ja...en kreativ utviklingsmetode, dette med å tenke nytt når du minst forventer det egentlig, og det....altså det å komme på nye ideer det kan jo....vi bruker det selvfølgelig når vi skal lage revy, og vi bruker det på andre bedrifter som skal komme på en ny strategi hvordan de skal få inn nye kunder...ee... og så kan du bruke det personlig når du skal handler julegaver til folk som har alt for eksempel....hehe.. Så brukte vi det på evalueringen av første året her, det var jo veldig positiv erfaring. Ja, så du kan bruke det egentlig til alt, det er bare en type metodikk for å få folk til å tenke annerledes og ikke tenke begrensninger, og virkelig....ja...hva ska jeg si da...virkelig komme på noe nytt når du minst forventer det, og her er det jo da...går det jo da på egen person, alle sammen har vi jo hatt våre ønsker en gang i tiden om dette skulle jeg ha lært meg mer om, og....eller dette er noe jeg kunne tenkt meg, eller...og da tar vi først en runde med det, og så etterpå går vi en runde på hvor stor er terskelen på at du virkelig kommer det til Oslo for å hilse på barnebarna, eller skal bli astronaut, eller helikopterflyger eller har lyst til å lære seg billedvev, sant, det er jo litt forskjellig..

Intensjonen med bruk av denne metoden er også at denne kartleggingen skal kunne bidra til at brukeren får hjelp til å videreføre disse interessene når han/hun kommer tilbake til hjemkommunen. Målet er å skape mulighet for aktivitet og deltakelse og gjennom det også styrke det sosiale nettverket.

Aktivitet og deltakelse er også sentrale begrep innenfor ICF⁴, som er en internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (WHO 2001). ICF blir trukket fram i intervjuene som en referanse:

Vi har jo et felles kartleggingsredskap som er innebygt i rapporteringssystemet vårt skulle jeg til å si, vi bruker på PAPAS'en, og den er jo bygd opp av...hva skal jeg si...ICF, dere kjenner til det? ja...og de begrepene som ligger i ICF, så da kartlegger vi jo i forhold til miljø, personlighet, deltagelse, aktivitet og kroppsfunksjon, og det bruker vi jo alle sammen, så vi prøver jo å få tverrfaglige begrep som alle kjenner til, alle bruker når de kartlegger, men likevel er vi jo forskjellige faggrupper som bruker det, så det blir jo litt forskjellig, så vi trenger hverandre det gjør vi.

O: Hvilke områder er det dere kartlegger da?

Ja, jeg nevnte dem vel nettopp disse begrepene i ICF, du har jo miljøet som omgir personen, som den skal fungere i. Så har du jo det personlige i forhold til mestringsstrategier og tidligere erfaringer og ...ja...hvilken type er det, hvordan pleier han å håndtere ting. Så har du jo deltagelse, da har du jo et sosialt perspektiv på det også, når en skal finne sammen med andre og kanskje fungere i et hjem, og ha sine oppgaver der. Så har du på aktivitetsnivå, da ser du mer en og en aktivitet, klarer de å utføre den eller ikke, spesielt i forhold til ADL da, med personlig stell og hygiene, måltider, forflytning og sånne ting. Og så kartlegger vi kroppsfunksjonen, da går det mer på: ser du godt nok, altså hvordan er balansen, hvordan....det kan jo være tilleggsykdommer som påvirker situasjonen også, psykiske problemer

Man har dermed en del kartleggingsverktøy og metodiske redskap tilgjengelig.

Metodene blir likevel i stor grad fragmenterte og løsrevet fra hverandre og basert på en medisinsk forståelse. Metodene blir dermed i stor grad redskap for å iverksette en tradisjonell medisinsk rehabilitering. Dette forsterkes gjennom at KU-metoden i stor grad identifiseres med kulturarbeideren, og selv om de andre ansatte ser at den har stor verdi, har de i mindre grad eierfølelse til metoden. De handler på instruks fra kulturarbeideren uten å oppleve at den måten å arbeide på er "under huden". Når det gjelder ivaretagelse av brukermedvirkning, blir dette i liten grad satt inn i en metodisk sammenheng. Anvendelse av KU-metoden blir i så måte et forsøk på å finne brukerens ressurser, men blir i stor grad preget av øyeblikkets opplevelse, og i liten grad en

⁴ ICF modellen framstår som en "biopsykososial modell" som innebærer et forsøk på å kombinere den medisinske og den sosial modellen, og som beskriver relasjonen mellom menneskers funksjon og de omgivelsene de lever sitt hverdagsliv i. Aktivitet og deltagelse inngår her i et samspill mellom individuelle, sosiale og omgivelsesmessige faktorer. Deltagelse i samfunnet blir med denne nye modellen et sentralt begrep i analysen av og løsningen på funksjonsproblemer. Norske myndigheter v/Helse og Omsorgsdepartementet har inngått avtale med WHO om å ta i bruk ICF og innføre modellen og klassifikasjonssystemet i norsk helsevesen. Dette vil skje gradvis og gjennom en fase med utviklings- og forskningsprosjekter. Kompetansesenteret for it i helsesektoren (KITH: www.kith.no) har ansvar for opplæring, utarbeidelse av veiledningsmaterieell og utsending av informasjon om ICF i Norge.

metode for ivaretagelse av brukermedvirkning i hele prosessen slik det beskrives gjennom intensjonene, spesielt i dokumentene.

Metoden kort oppsummert:

- De aller fleste yrkesgrupper beskriver at de har gode kartleggingsverktøy. Utfordringen med disse kartleggingsverktøyene er at de er mer tilpasset den enkelte yrkesgruppe og ikke tilpasset et flerfaglig perspektiv. De ulike yrkesgrupper har sine egne kartleggingsverktøy.
- Ingen metodisk beskrivelse av hvordan man skal oppnå brukermedvirkning
- Alle ansatte er bevisst på at de ønsker å jobbe etter en spesiell rehabiliteringsmodell. De har imidlertid ikke helt fått modellen under huden.
- Den oppleves som en beskrivelse av en arbeidsprosess mens man mangler metodisk beskrivelse.

8.3 Handling

Intensjonene og metoden sett i forhold til den praktiske utøvelsen kan kort beskrives slik: 1) i en travel hverdag blir det størst fokus på tradisjonell rehabilitering, preget av fysikalsk trening 2) kulturarbeideren iverksetter en del hendelser og kartlegger den enkelte etter KU-metoden. Oppfølgingen av dette arbeidet blir noe spredt, og 3) man ser muligheter for å i større grad opparbeide seg handlingsberedskap i forhold til samarbeid med kommunene.

Høylandsmodellen har en sentral plass slik Namdal Rehabilitering markedsfører seg og beskriver sitt opplegg. På spørsmål om hvordan man arbeider etter denne modellen, får vi noen av de samme reaksjonene i alle fokusgruppene. De blir unnvikende og det er vanskelig å trekke linjer fra intensjoner til handling:

Det er ikke så vidløftig skrevet på papiret, men å omsette den i praksis...

Det var liksom, for meg virket den som en slags visjon, ikke noe en kunne bruke konkret, men jeg skjønner jo at vi skal gjøre det, men.....

jeg greier ikke å sette det i system. Akkurat det der altså...

Først og fremst å konkretisere det litt tror jeg, vi har fått det som et ark, jeg vet ikke hvor mange sider det er på....det er 10 ark med høye tanker..

Kanskje ikke en metode....eller fått litt sånn praktisk...fått det nedpå der, det daglige, hvordan du kan bruke det...

I samtalen med de ansatte etterlyses en "motor" i arbeidet med å implementere kultur og humor. Det er ingen motstand mot at disse elementene er viktige, snarere tvert i mot, men de etterlyser noen som kan være rollemodell eller katalysator for det man har noen litt uklare tanker om hva kan være i praksis. Det er også et ønske om at disse elementene i større grad blir trukket inn i det hverdagslige og ikke blir et ensidig ansvar for kulturarbeideren. Men ansvaret for å konkretisere modellen og vise hvordan den kan anvendes av de andre, ønskes lagt til kulturarbeideren. De andre ansatte utviser stor grad av velvillighet og ønske om å iverksette intensjonene, men må ha hjelp til å systematisere og identifisere hvordan dette praktisk kan gjøres. Og de har stor tro på at dette vil ordne seg med ansettelse av kulturarbeider i hel stilling. Det blir derfor viktig at den nye kulturarbeideren er klar over hvilke forventninger som ligger til denne stillingen, og at selv om denne skal fungere som "motor", ikke ensidig blir tillagt ansvar for iverksettelsen av Høylandsmodellen.

Hva tenker du skal være rollen til den kulturarbeideren, du snakket om det å ha en motor...eller...

Ja, altså den som organiserer det hele, som har oversikten, så ikke dette blir bare noe, for hvis at vi er 20 stk. som skal ha ansvar for dette så blir det veldig lite planlagt, og veldig lite rettet sånn som modellen er, tror jeg... lite tenkt....det blir bare sånn: "Nei da har vi litt underholdning", og så gjør vi det, og så har vi i hvert fall hatt litt kultur. Det blir ikke struktur på det.

Nei, men den kulturarbeideren må ha en sånn plan for både brukerne og kanskje oss ansatte, og ha noen ideer om hva hun vil bruke oss til, eller...men vi har lik...altså vi har ansvar vi også mener jeg, det er ikke det at når vi har fått ansatt en så: "Ahh, da ble det greit". Det tror jeg ikke, vi må ta det til oss, så dette er en måte vi skal arbeide etter, og da må vi lære oss det.

Jeg tror folk er så motivert også nå når det endelig kommer, for det kommer ikke bare en kulturarbeider 100%, det kommer en aktivtør og fritidskoordinator i 100%, så det kommer 2 stillinger nå som skal ha hovedansvar for kultur, og da tror jeg at bare det blir struktur på det, så tror jeg motivasjonen til de ansatte er bra til å være mer delaktig, men det er fryktelig vanskelig når vi sitter mange og skal prøve å ordne opp litt, og så at det ikke blir noe system på det, så det tror jeg blir stor forskjell når disse kommer på plass. Vi hadde jo aktivtør i begynnelsen i fjor, som var kjempebra det, men det er jo, som sagt, at det var jo liksom ikke kulturarbeider og aktivtør noe mye

samtidig heller, så nå får vi plutselig 2 på det. Jeg tror vi kommer til å se store forandringer, både hos oss og opplegget her.

Et poeng som går igjen i fokusgruppene, er at de deler personalet opp i grupper bestående av pleiesiden (sykepleie og hjelpepleie) og terapisisden (fysioterapi og ergoterpi). Den "tredje" gruppen er kultur og aktivitets siden (kulturarbeider og fritidsleder/idrettspedagog). De ansatte ser tydelig at de har forskjellige roller, og flere kommer inn på at de savner større fokus på kultur og aktivitet, men at denne delen oppleves som underbemannet. En kan ut av dette forstå det slik at de ansatte har en forståelse av at de skal drive helhetlig rehabilitering, men at de ulike yrkesgruppene har ansvar for ulike områder.

Intensjoner, metodiske beskrivelser og redskaper er uansett ingen garanti for at praksis blir en forlengelse av disse komponentene. Så hvordan beskriver de ansatte sitt praktiske arbeid?

Det praktiske arbeidet beskrives som preget av travelhet og rutiner for å holde virksomheten i gang. I denne travelheten er det vanskelig å innarbeide noe nytt:

for det er sånn som det er, når det blir travelt så finner du fram den medisinen som sitter her, og så gjør du sånn som du har gjort før, for det fungerer i hvert fall, da får du unna ting,

I denne travelheten anvendes de yrkesspesifikke kartleggingsverktøyene slik at man får satt treningsprogram ut i live, og man får brukerne til å formulere egne mål. Kartlegging beskrives av de ansatte som en viktig oppgave. De prioriter dette arbeidet, og de ønsker å få til en tverrfaglig kartlegging kombinert med at brukerne får informasjon om opplegget.

Ja, vi prøver jo helst å ha...når de kommer, sant. Du kan si når de kommer så er det helst den som er kontaktperson som skal ta imot dem, er ikke den på jobb så blir det en annen en, og da...hvis det er en annen som tar imot så har vi et sånt ark som er... det er ganske enkle opplysninger som vi trenger der og da, så den må vi få, forskjellige opplysninger der. Men er det kontaktpersonen så prøver den å få til å ta litt mer kartlegging, og da helst opp imot hvis vi vet hvem som er fysioterapeut eller ergoterapeut de trenger, så er det bedre tid med en gang, hvis vi får til det fort, eller forttest mulig, sant, så tar vi det tverrfaglig.

Det kan likevel synes som om disse målene best blir beskrevet av de ansatte og i mindre grad av brukerne. Brukerne handler ikke nødvendigvis etter de oppsatte målene, og er ikke så kjent med å organisere livet i mål og delmål. Når det gjelder ivaretagelse av kultur og humor synes dette i første rekke å bli ivare tatt gjennom stunts slik som å arrangere "bryllupsmiddag". Ellers legges det vekt på at den generelle holdningen til arbeidet gjennom å ha godt arbeidsmiljø og at de ansattes gode humor smitter over på brukerne. Brukerne blir i en viss grad aktivt deltagende, og det beskrives episoder hvor brukerne baker, er på bærtur og gjør aktiviteter på eget initiativ som blir understøttet av de ansatte:

Men på den KU-metoden Anita bruker på Norsk Revyfaglig Senter kommer det fram mye også da, hva de kunne tenkt seg å lære....ei som kunne tenke seg å lære å synge da for eksempel, har aldri sunget, har kjempedårlig sangstemme....hehe... så står det en gullapp til meg da for eksempel, på PAPAS'en, når jeg skal inn på henne da": "Kunne tenkt seg å lære seg å synge". Da må jeg prøve å ta tak i....

De ansattes beskrivelse av hverdagen viser at de er aktive i forhold til å gi brukerne et kvalitativt godt opphold. De beskriver gode rutiner i forhold til det å ta i mot brukere og informere dem om oppholdet. Når personalet beskriver sine daglige rutiner, er det klart at disse rutinenene stemmer godt over ens med det mange forbinder med et rehabiliteringsopphold. Pleiepersonalet hjelper de som trenger det i forbindelse med morgenstell, og hver bruker har sitt program som de følger utover dagen. Dette kan variere med fellestrening i basseng og gymsal, til individuell trening med fysioterapeut. Brukergruppen bekrefter dette og beskriver innholdet i dagen ut fra hvordan den er organisert rundt de periodene de driver trening.

Når rehabiliteringsinstitusjonen ser på seg selv som tilrettelegger i en prosess som har et annet starttidspunkt og et annet sluttidspunkt enn innskriving og utskrivning fra institusjonen, burde en kanskje forvente seg at dette var tydelig både for brukerne og de andre samarbeidspartnerne i andre ledd av helsetjenesten. De ansatte på institusjonen presenterte sitt syn på deres rolle slik også. Den praksisen de fortalte om synes å beskrive en annen virkelighet, både i forhold til hvor klar bestilling eller målsetning for oppholdet var før innskriving, og tilbakemeldingen og oppfølgingen brukeren fikk etter innleggelse. En av de som tar i mot henvendelser sier det slik:

men det er jo veldig mange som faktisk blir henvist hit, jeg sitter jo og tar imot alle henvendelsene, og det er mange som blir henvist hit med den bestillingen: Må få i gang motoren igjen, har liksom bare satt seg.

Fra en annen fokusgruppe svarer de slik:

De er vel ikke forberedt enten de kommer fra sykehuset eller kommunen, men kommer du fra sykehuset så er det gjerne mer spesifikt...altså du vet hva som er problemet deres. Kommer det en fra kommunen så kan det være bare legen som har funnet ut at det kan fungere bra for dem, eller det kan være pårørende som vil ha pause, fri en stund, altså de færreste har egentlig tenkt noe spesielt over mål, og hvorfor de er her.

En av utfordringene de ansatte på institusjonen ser er at oppholdet ikke nødvendigvis blir en del av en langsiktig rehabiliteringsprosess. Både den informasjonen de får for innleggelsen, den informasjonen brukerne får vedrørende hvilken funksjon oppholdet har og kontakten med det kommunale hjelpeapparatet etterpå, blir for tilfeldig. Som tidligere skrevet er ikke det så veldig godt beskrevet i søknaden om rehabiliteringsplass om hva målsettingen for oppholdet skal være.

Sjelden...er det noen vi vet om som har spesielle behov så vet jeg i hvert fall at en gang så måtte i ringe sykeheimen og høre litt mer om hvordan vi skulle legge opp det, og hvordan det var mye sånn...både praktisk og forskjellig sånn, men eller så har jeg ikke vært for noen gang at du ringer til den brukeren...

Nei, det er ikke noe systematikk i det.

Det tar nå vel tid det også da, og ikke har vi noe system på det da.

Så er det litt lite opplysninger i forhold til henvisning noen gang.

Ja, mange ganger.

mange ganger...hehe Det viser seg å være mye mer enn...

At det er underrapportert.

De som kommer fra sykehusene har en ofte bare en telefonkontakt på, så det er notert ned litt, og det kan jo mangle veldig mye på hva som plager brukeren utenom det som akutte som har oppstått.

Som tidligere beskrevet, har man en intensjon om å anvende et skriftlig redskap for å fange opp brukerens behov og forventninger før innleggelse ved rehabiliteringssenteret, men at dette ikke anvendes aktivt og systematisk i praksis.

De ansatte er bevisst på å jobbe tverrfaglig og kartlegge brukerens behov, men på tross av gode intensjoner, ser ikke samarbeidet med resterende hjelpeapparat til å fungere tilfredsstillende.

Vi prøver jo å planlegge det, vi har jo en sånn utreisestatus også som vi prøver å få ut tverrfaglig når de drar, og da planlegger vi jo liksom også.....eller det gjør vi jo underveis i oppholdet hele tiden, det er klart, hvordan det skal bli, både i forhold til

hva de skal gjøre som egeninnsats/egentrening, de har jo et treningsprogram her som de kan ta med seg og fortsette med.

All den tid oppholdet på rehabiliteringsinstitusjonen skal fungere som en intervensjon, er det viktig at det som kommer frem under oppholdet på institusjonen vedrørende områder som bør følges opp etter oppholdet, blir utarbeidet sammen med brukeren og formidlet til eventuelle støttespillere i kommunen. Inntrykket vi sitter igjen med er at resursene ikke strekker til for at dette arbeidet kan prioriteres.

O: Har dere bra kontakt med kommunene? Altså du nevnte innledningsvis dette med at ofte så var det snakk om.....en del telefoner som skulle tas med kommunene...

Stort sett så synes jeg at det går greit det, men det er mest pr. telefon.

Ja, men noen gang så har vi behov for at de kommer hit på møte opp mot...rundt brukeren hvis det er mye som skal ordnes og sånn, men da er det.....jeg skjønner kanskje at det er vanskelig for mange i kommunene å kanskje få tid til å passe inn dette, så det er ikke så veldig mange som får det til.

En annen gruppe sier det slik:

Så har vi jo muligheten til å følge opp det littegrann da, for vi tar jo en telefonsamtale når det har gått ca. 3 uker til en måned etter at de har dratt herifra, for å høre hvordan det går, og hvordan det går med målene de evt. hadde. At det går an å ta det opp igjen da.

Når det gjelder det praktisk utøvde arbeidet, ser vi at det ikke er klare sammenhenger mellom det som faktisk blir gjort og de intensjonene som er beskrevet. De ansatte beskriver intensjoner som noe de vet ligger der som en premiss, og da spesielt fokuset på kultur og humor, men de har vansker med å beskrive både intensjonene og metodene som noe konkret som har betydning for deres yrkesutøvelse. Yrkesutøvelsen blir i første rekke styrt av den enkeltes profesjonsspesifikke kjennetegn, og i liten grad preget av at noe nytt skapes i møtet med et annerledes rehabiliteringssenter og andre profesjoner. Namdal Rehabilitering fremstår av flere ulike grunner som en mer isolert enhet i en lengre rehabiliteringskjede, enn det man ønsker.

Handling kort oppsummert:

- De yrkesspesifikke kartleggingsverktøyene anvendes og har betydning for f.eks. treningsprogram.
- Setter i verk kulturstunt.
- Vanskelig å se hvordan Høylandsmodellen konkret skal settes ut i live, og hvilke konsekvenser den har for den enkelte ansatte.

9 Hvordan fremstår Namdal Rehabilitering for brukerne

Vi har forsøkt å beskrive intensjoner, metode og praktisk handling slik dette fremstår gjennom dokumentanalyse og intervju med de ansatte. Det vil si den selvforståelse man har innad på senteret. Dette er en forståelse som vil være preget av kjennskap som bygges opp over tid og som bygger på erfaringer fra mange møter med brukere og mange ulike situasjoner. Når vi nå skal se på hva som kom fram i intervjuet med brukerne, er det viktig å poengtere at dette vil være informasjon preget av en annen tidsoppfattelse. Brukerne forteller ut fra sine opplevelser her og nå, erfaringer som er knyttet til et begrenset tidsrom. Brukerne som er intervjuet, er på sitt første opphold på Namdal Rehabilitering og har erfaring fra 1-2 ukers opphold. Dette betyr at de ansatte har mange flere opplevelser å referere til enn brukerne som er på et kort opphold, og at de ulike perspektivene blir styrt av flere faktorer enn at man har ulike roller i rehabiliteringsprosessen.

Vi har tidligere skrevet at vi anvender brukerne som "sannhetsvitner". Med det mener vi at brukerne i kraft av å være de som rehabiliteringssenteret skal være til for og gjøre en forskjell for, er de som best kan si hvordan intensjoner, metoder og praktisk handling oppleves av dem. I tillegg har de et annet tidsperspektiv enn det som fremkommer i det øvrige materialet, slik vi skrev ovenfor. De ansattes beskrivelser kan forstås i det man kan kalle et lengdesnittsperspektiv, mens brukernes beskrivelser blir et kortere tverrsnittsperspektiv. Det kan derfor ikke forstås slik at det ene perspektivet er mer sant enn det andre, men at begge perspektivene er viktige for å danne et mer fullstendig bilde.

Det som først og fremst kommer fram i intervjuet med brukerne er fokuset på trening, og da spesielt trening direkte knyttet til fysioterapisalen og bassenget. Brukerne snakker om trening som den viktigste komponenten i oppholdet for egen del, men også at de blir oppfordret til å trene mest mulig av de ansatte, men at mengden de trener er noe de bestemmer selv. Dette blir også et tilbakevendende tema i samtalen. Det som beskrives, er en opplevelse av at de blir en del overlatt til seg selv og at de dermed føler at treningen ikke blir så verdifull:

vi får hjelp av fysioterapeuten med program og treningsprogram, og det er alle tiders, og...starter opp og.....men egentlig så begynner vi der...altså...og så blir de mindre og mindre å se, og enten skal det være sånn, eller så er det mulig det er mye sykdom der, det.....

Ja, men det tror jeg nok, de er underbemannet.

Ja, for nå er det nesten ingen igjen nå...

Det var noen der i dag..

Ja....

og det er altså så mye lettere å trene med profesjonell hjelp i nærheten enn å trene alene

Også blant brukerne merkes det altså at det kan være dårlig bemanning og at de opplever at det kan være vanskelig å få det de har forventninger om. Dette spriket mellom forventninger og det de får av trening og oppfølging, kan også komme av at man har lyktes dårlig med å kommunisere at det også legges vekt på at brukerne skal oppleve hverandre som ressurser, og hvordan dette settes i system. Sannsynligvis er det en kombinasjon. For brukerne er det viktig med tett profesjonell oppfølging. De var opptatt av at dette var et kort opphold som de ønsket å få mest mulig ut av.

På spørsmål om begrunnelse for at nettopp Namdal Rehabilitering var blitt valgt, var de enstemmige om at geografisk nærhet til eget hjem var den viktigste årsaken:

O: Hvor viktig betyr det at det faktisk er nært hjem?

Det er veldig viktig synes jeg.

Det synes jeg også.

Ja, det er viktig, det betyr atskillig det...var hjemme i helga nå og feide murpipa, og.....

Men det kom også fram at når man blir en mer "erfaren" rehabiliteringsbruker, anvender man også andre kriterier for valg av sted:

Jeg har kommet til etterpå nå at det er ikke så viktig for meg at det er bare 5 mil til Namsos, det har vært....de plassene jeg har vært før har vært langt unna, og da har jeg ikke tenkt på at jeg kanskje skal hjem en tur neste helg, så....setter jeg det på spissen så er det jo egentlig mot sin hensikt, at en kanskje slapper bedre av hvis en hadde vært borti hutaheiti i stedet for her. Men det var det som var grunnen til at jeg valgte Høylandet, det var at det var nært.

Man kan dermed se for seg ulike begrunnelser for å velge sted, men at geografi er det mest styrende for mange. Samtidig kan man se for seg at det også innenfor denne sektoren kan bli flere brukere som vil stille krav til innhold og kvalitet fremfor

geografi. Det legges generelt opp til en aktiv brukerrolle gjennom valgfrihet og kundeperspektiv, slik som gjennom fritt sykehusvalg etc.

Når vi kommer inn på Namdal Rehabilitering sitt ønske om å markedsføre seg gjennom en annerledes rehabiliteringsmodell, hadde brukerne problemer med å konkretisere Høylandsmodellen. En av informantene hadde sett en brosjyre som omtalte Høylandsmodellen, og dette hadde vekket hans interesse og var en av grunnene til at han hadde valgt Namdal Rehabilitering denne gangen. Han hadde koblet Høylandsmodellen med det han visste om Revysenteret og så på dette som positivt. Etter å ha vært der i en drøy uke, kunne han ikke si noe som utmerket seg spesielt i så måte. Følgende utdrag fra fokusgruppen beskriver på en informativ måte hvilken utfordring Namdal Rehabilitering har når det gjelder å få synliggjort modellen ovenfor brukerne.

O: Nei, men litt tilbake til dette med humor og kultur, som du leste om i brosjyren som var Høylandsmodellen, så har du beskrevet dette bryllupet som du var med på, det var en utfordring, samtidig som det var morsomt.

Ja.

O: Men har du andre eksempler på dette her, hvor en faktisk tilrettelegger for det at humor blir brukt?

Neei...har vi merket det da.....?

Brukerne er samstemte i at de ikke klarer å se at humor og kultur er spesielt vektlagt, men det er heller ikke her de har de største innvendingene. De er av mer praktisk art, som at det er kaldt i huset, de blir mye overlatt til seg selv i treningsrommene og at det kunne vært mer friske grønnsaker til maten, men at de i hovedsak opplever at de har det bra.

Når de blir spurt nærmere, husker de også at de har blitt presentert for KU-metoden, men at dette ikke er informasjon som har festet seg spesielt godt.

Hun viste oss den kua vet du...Åshild som holdt det der....

Ja, jo, jo jo....

O: Hva er det for noe da?

Har ikke peiling!

Latter.....haha...

Du har sett ei ku, men hva den gjorde der det er du ikke helt sikker på nei.

Jeg kan ikke huske på at jeg har sett den heller jeg så...

Jo da, jeg så henne jeg.

Latter....

Du så den, men den sa ingen ting...hehe..
Hun rautet ikke en gang.
Nei, men det har blitt snakket om det litt nå
Ja, det har jeg hørt...
Det var ikke IQ-modell da? IQ-metoden...
Jeg er nå litt usikker på om det er så viktig at alle vet hva Høylandsmodellen er for noe egentlig, for jeg går ut ifra at det er noe de har brukt for å få litt gratis drahjelp og PR fra revydelene, og Revyriket, og...ja fra selve stedet Høylandet. Jeg tror aldri at det blir skråsikkert hva som er Høylandsmodellen.
O: Men du synes at ideen bak dette er kjempegod?
Ja, flott..
Alt for Høylandet...
Det var det som slo meg da jeg leste brosjyren: "Se her har de utnyttet revystedet litt mer".
Det er kanskje det de har i bakhånd... baktanker.
Ja, jeg synes det er helt i orden at de har det jeg, jeg synes det er flott.
Ja...
Det er ikke sikkert blir noe mer utav det heller da, jeg vet ikke...

Brukerne opplever ikke at Høylandsmodellen er noe de kan beskrive. De har heller ingen spesifikke opplevelser som de setter i sammenheng med denne modellen. De forteller om Bryllupsmiddagen som ble arrangert, men denne opplevelsen blir presentert som en engangshendelse som ikke settes i sammenheng med intensjoner ut over et øyeblikks hendelse. Når det ellers snakkes om humor, blir det knyttet til andre brukere som har et godt humør og er gode til å fortelle vitser:

O: Har du sett noe hvor de har brukt humor og kultur mot deg i forhold til....
Neei...det kan jeg ikke si nei.
O: Nei...så det dere sier er at det blir et sånt...det blir ikke inn i en helhet, det blir mer sånn...innsmett her og der?
Mm...
Ja...kanskje...
Ja....kanskje.....
O: Hvis det skulle ha vært mer av en helhet, hvordan hadde dere merket det da?
Litt mer latter rundt omkring kanskje...vet ikke...mm....nei jeg vet nesten ikke.
Borghild har jo spredd litt humor.
Ja, Borghild ja....som er kanskje den....hun har fortalt litt vitser, og...
Ja, det har virket inn på meg, jeg har flirt mye...haha...

Oppsummert kan man si at brukernes opplevelse av Namdal Rehabilitering speiler det som kommer fram i dokumentanalysen og intervjuene med de ansatte. Brukerne opplever at de har det bra, blir godt tatt vare på og at de opplever de ansatte som positive. Ellers er de målrettet i forhold til det de har forventninger om at oppholdet skal bidra med: Gjennom trening skal den fysiske helsetilstanden bli bedre. De er positive til kultur og humor som del av et slikt opphold, men noe skeptisk til hvordan

det vil se ut i praksis. De er ellers opptatt av at den praktiske tilretteleggingen er god, at det er varmt nok, og at de får god nok oppfølging i treningsammenheng.

10 Oppsummering

Namdal Rehabilitering er en ung rehabiliteringsinstitusjon. Som dokumentanalysen viser ble de første ideene om rehabiliteringssentret lansert i forbindelse med utarbeidelse av en Næringsplan for Høylandet kommune i 1998. Nå har rehabiliteringssentret vært i drift i 1 1/2 år og er i en etableringsfase.

Rehabiliteringssentret har flåget at de arbeider etter en egen rehabiliteringsmodell, som i større grad enn andre rehabiliteringssenter skal bruke kultur og humor som en viktig del av rehabiliteringsarbeidet.

Når en etablerer en ny institusjon, er muligheten for å etablere nye behandlings- og intervensjonsmodeller optimalt tilstede. Men dette er en vanskelig og krevende prosess. Ved siden av å utvikle og utprøve en ny modell, skal institusjonen settes i drift og nytt personale skal etablere seg som organisasjon og som et fellesskap, noe som i seg selv er en krevende prosess. Det er denne prosessen Namdal Rehabiliteringssenter er inne i nå, både innkjøring av selve institusjonen og utvikling av en ny rehabiliteringsmodell.

På mange måter kan en si at Namdal Rehabiliteringssenter står ovenfor et veiskille etter 1 1/2 år. Har de klart å innfri sine forventninger med å utvikle en mer helhetlig rehabiliteringsmodell, eller fremstår de som bare ett av mange rehabiliteringssenter som gir medisinsk og fysisk rehabilitering og opptrening til personer som trenger det? Dette veiskillet blir beskrevet både av brukere og personale, men med to ulike utgangspunkt. Brukerne beskriver sin opplevelse av møtet med modellen slik:
Jeg er nå litt usikker på om det er så viktig at alle vet hva Høylandsmodellen er for noe egentlig, for jeg går ut ifra at det er noe de har brukt for å få litt gratis drahjelp og PR fra revydelene, og Revyriket, og...ja fra selve stedet Høylandet. Jeg tror aldri at det blir skråsikkert hva som er Høylandsmodellen.

Brukernes erfaring viser at det ikke er en tydelig sammenheng mellom intensjon, metode og handling. De opplever rehabiliteringssentret som et godt sted å være, men de har ikke nødvendigvis en opplevelse at den "alternative modellen" blir anvendt

ovenfor dem i deres rehabiliteringsopphold. Er Høylandsmodellen et PR-stunt eller en realitet?

De ansatte sier det slik

Og vi har mulighet, som er helt nyetablert, vi har mulighet til å forandre på ting, vi har ikke kommet helt i...

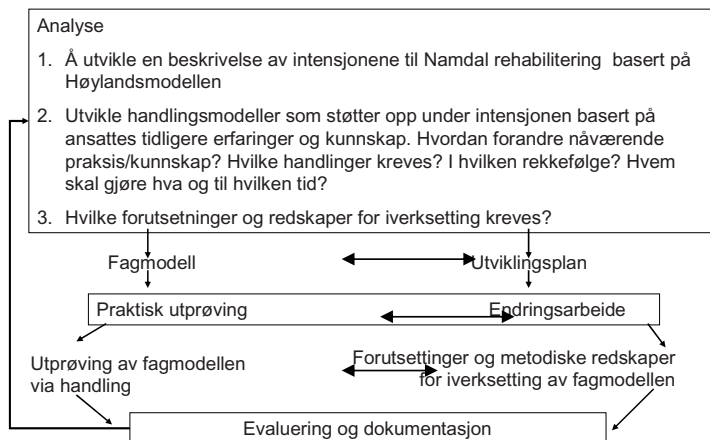
Vi må for guds skyld ikke stoppe nå...

Nei...

Personalet ser tydelig at de har en unik mulighet til å klare å etablere en rehabiliteringsinstitusjon som tilbyr en "alternativ" rehabiliteringsmodell der kultur og humor blir trukket inn som sentrale elementer. Dette kan tyde på at de ansatte fremdeles har en intensjon om å klare å utvikle sentret slik at det i større grad fremstår med et helhetsperspektiv enn andre senter.

Når en skal utvikle en ny arbeidsmodell, er en avhengig av å jobbe målrettet og på flere områder. Slik vi har lagt opp oppsummeringen vil vi se på hvor vi mener at Namdal Rehabilitering må sette fokuset for å bli tydeligere på Høylandsmodellen for rehabilitering. Vårt arbeid som beskrives i dette dokumentet, har hatt som målsetting å beskrive Høylandsmodellen og evaluere hvordan den er tatt i bruk i rehabiliteringsprosessen. Det neste trinnet i en fagutvikling blir derfor å sette i verk et utviklingsprosjekt for Høylandsmodellen, der en med hjelp av ulike typer intervensjoner utvikler de sidene av Høylandsmodellen som ikke er fullt utnyttet. Valg av typer intervensjoner må utvikles og gjøres i nært samarbeid med ansatte på institusjonen og de samarbeidspartnere de har. Prosessen kan illustreres slik:

Prosessutviklingsmodell for utvikling av et fagfelt

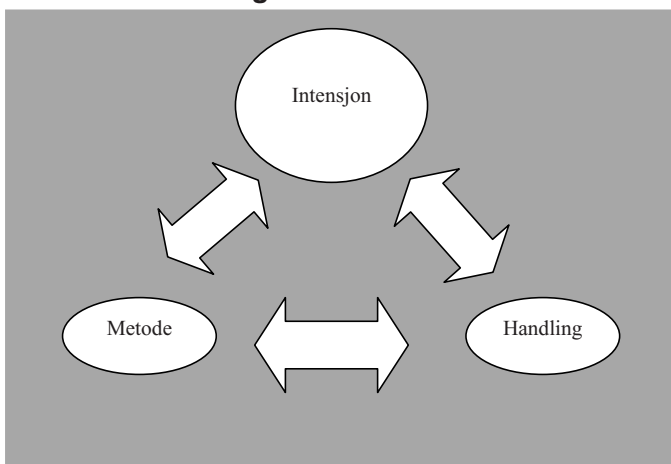


Denne modellen viser hvordan de tre begrepene intensjon, metode og handling henger sammen. Intensjonen er bilde av den fremtidige praksis, metode er de redskaper som kreves og handling er hvordan man konkret utfører handlinger slik at den tenkte praksis blir en realitet. Modellen viser hvordan utvikling av metoder innenfor et felt vil måtte føre til endringer hos personalet og visa versa. På modellens venstreside vises hvordan modellen utvikles og høyre side hvilke konsekvenser dette får for personalet. Dette er en vedvarende prosess i alt helse- og sosialfaglig arbeid.

I det følgende vil vi beskrive de ulike delene som denne evalueringsstudien har lagt vekt på for å gi vårt bilde av hvor vi tror Namdal Rehabilitering bør legge vekt på arbeidet med å videreutvikle sentret. For som en av de ansatte sa: *Vi må for guds skyld ikke stoppe nå.*

I den videre fremstillingen har vi forsøkt å illustrere hvordan vi opplever forholdet mellom intensjon-metode-handling på de ulike områdene, gjennom ulike størrelser på "boblene". Vi har delt inn de ulike hovedområdene for å kunne bli noe mer presis.

10.1 Rehabilitering



Vårt inntrykk er at de ansatte i stor grad har en god forståelse for hva begrepet rehabilitering innebærer. Ser en opp mot ICF vurderer vi at Namdal Rehabilitering i stor grad beskriver en intensjon som ivaretar flere elementer enn rent fysisk rehabilitering. Intensjonen på Namdal Rehabilitering er at de ønsker å se på funksjonshemmingens fysiske, sosiale og psykiske sider i forhold til de omgivelsene brukeren lever sitt hverdagsliv i. Rehabiliteringssenteret beskriver intensjoner om at aktivitet og deltagelse skal inngå i et samspill mellom individuelle, sosiale og omgivelsesmessige faktorer.

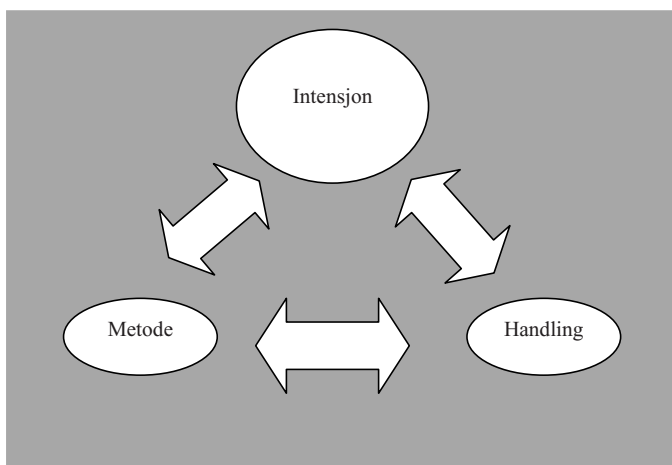
Utfordringen slik vi ser det er at de metodene som Namdal Rehabiliteringssenter benytter seg av, er i stor grad preget av en medisinsk forståelse av hva en rehabiliteringsprosess innebærer. Vi vil understreke at vi ikke finner grunn til å påstå at metodene som benyttes er dårlige, snarere tvert i mot. De ansatte utfører god behandling og omsorg, men måten de arbeider på gjenspeiler ikke intensjonen til sentret og heller ikke den intensjonen som ble uttrykt blant de ansatte.

Når de ansatte beskriver hvordan de helt konkret arbeider, beskriver de arbeidsmetoder som passer godt sammen med arbeidsmetoder som de er kjent med fra før av, slik at fysioterapeuten jobber mye med trening, pleiepersonalet jobber mye med omsorg osv. Dette resulterer i at de får vansker med å beskrive arbeidet som en helhet. I starten hadde de en formening om at alle skulle kunne bevege seg innenfor alle områder.

Dette er forlatt, og det finnes det mange gode argumenter for. Men det virker som om veien vekk fra denne arbeidsformen har blitt erstattet med et fragmentert arbeidssett der det er tilfeldig hvordan helheten blir ivaretatt. Dette blir forsterket når brukergruppens målsetting for oppholdet også er delt mellom rehabiliteringsbrukere, opptrening og avlastningsbrukere.

Vi mener det vil være viktig sammen med senterets ansatte å se nærmere på de arbeidsmetodene som anvendes for å se hvilke utviklingspotensial det ligger her, og for at metodene i større grad skal kunne representere en helhet. Sammen med personalet vil en kunne sette disse i sterkere sammenheng med intensjonene som ligger i rehabiliteringsbegrepet, se på deres metodiske handlingsberedskap og på denne måten også bidra til at handlingen endrer seg.

Rehabilitering som et ledd av noe mer



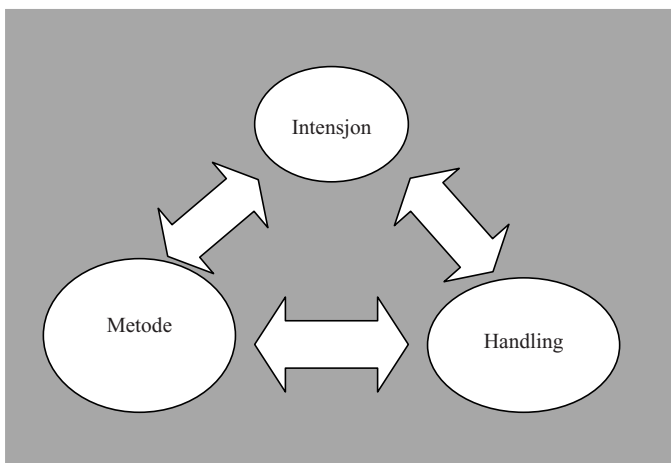
Intensjonen til Namdal Rehabilitering er at de skal fremstå som et ledd i brukerens rehabiliteringsprosess og at denne prosessen først og fremst er brukerens. De ansatte er også veldig bevisste på at brukeren har med seg sin historie inn i rehabiliteringen og at de har klare forventninger om at oppholdet skal bidra i deres videre rehabiliteringsprosess. Brukerne var tydelig på at rehabiliteringsarbeidet måtte fortsette etter oppholdet, men at de da siktet til den fysiske delen av treningen. Man har intensjoner om at pasienten skal ønske å komme til rehabiliteringssentret og at den kartleggingen og de opptreningsprogram de setter opp, skal fortsette etter oppholdet.

Senteret har ikke utviklet gode rutiner og metoder for å forberede innsøkende instans og brukeren på oppholdet. Det kan se ut som at senteret bruker uhensiktsmessig mye tid til kartlegging av den enkelte bruker fordi innsøkningsgrunnlaget er tynt. Også oppfølgingen og informasjonen ut til brukerens hjemmemiljø blir tilfeldig og lite målrettet. Kontakten går til ulike deler av hjelpeapparatet som fysioterapi, hjelpemiddelsentralen og hjemmesykepleien, men disse henvendelsene dreier seg nesten utelukkende om forhold rundt de fysiske sidene av funksjonshemmingen. De ansatte var inne på at det ligger muligheter innenfor kulturdelen for å bedre kommunikasjonen til brukerens hjemmemiljø gjennom å etablere et nettverk med samarbeidspartnere innefor den enkelte kommunes kultursektor, bibliotek etc. Rehabiliteringssenteret tar kontakt med brukeren etter tre uker for å spørre hvordan det går, men et systematisk oppfølgingsarbeid kan dette neppe kalles.

Det er en utfordring å få til gode modeller for arbeid med og overføring av kunnskap og handlinger som berører de sosiale, kulturelle og psykiske områder som rehabiliteringssentret har arbeidet med. Her kreves det nybrottsarbeid fordi dette er felt helse- og sosialtjenesten i liten grad har erfaring med i å benytte. Utvikling av gode modeller for samhandling må skje i nært samarbeid med flere enn helse- og sosialsektoren i brukerens hjemmekommune. ICF kan danne et mulig utgangspunkt for samarbeid.

Dersom Namdal Rehabiliteringssenter ønsker å ta utgangspunkt i ICF, må sentret arbeide med å utvikle metoder for hvordan Høylandsmodellen og ICF kan sees i sammenheng. Det må være viktig for brukeren at sentret i større grad enn det som er tilfelle i dag, arbeider sammen med brukeren og brukerens hjemmemiljø om de sentrale områder innenfor rehabiliteringsprosessen. Dette blir spesielt viktig for den gruppen som er reelle rehabiliteringsbrukere, kanskje noe mindre viktig i forhold til avlastning og opptreningsbrukere.

Kartlegging

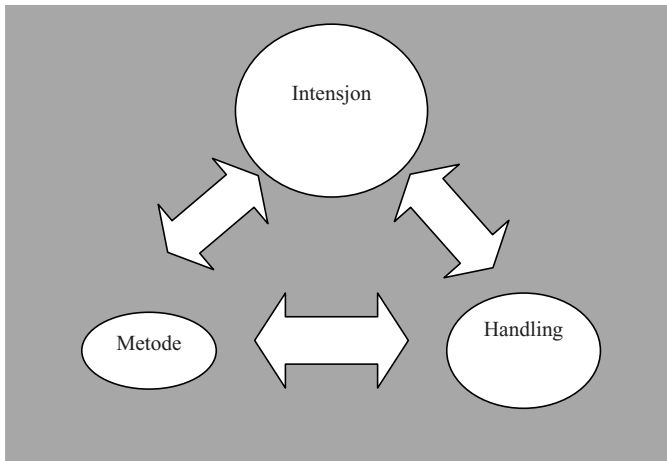


De aller fleste yrkesgrupper beskriver at de har gode kartleggingsverktøy.

Utfordringen med disse kartleggingsverktøyene er at de er mer tilpasset den enkelte yrkesgruppe og ikke tilpasset et flerfaglig perspektiv. Kartleggingsverktøyet brukes i liten grad i den hensikt å lage en samlet kartlegging av brukeren innenfor en ICF modell. At de ansatte opplever at henvendelsen fra innleggende instans ofte er dårlig målformulert, betyr at de ansatte må vektlegge kartlegging av brukers funksjonsnivå og lage opptreningsprogram som er tilpasset dette. Ingen av de ansatte beskrev kartleggingsverktøyene fra et tverrfaglig perspektiv, men beskrev ut fra sin yrkesrolle. De beskrev derimot at det å være tilstede når andre yrkesgrupper kartla, kunne være med på å gi verdifull informasjon, men at det ikke alltid var tid til dette.

Skal brukeren få styring over sin egen rehabiliteringsprosess, er det også viktig at brukeren blir tatt med som aktiv medspiller i kartleggingen. Hva skal kartlegges og til hvilken tid og hvilken hensikt skal kartleggingen ha? Brukerne er opptatt av trening, og de opplever at kartleggingen i hovedsak dreier seg om å få et riktig treningsprogram. Kartlegging innenfor de andre områder har de lite føling med, og få opplever at den er en sentral del av rehabiliteringsprosessen.

Tverrfaglighet

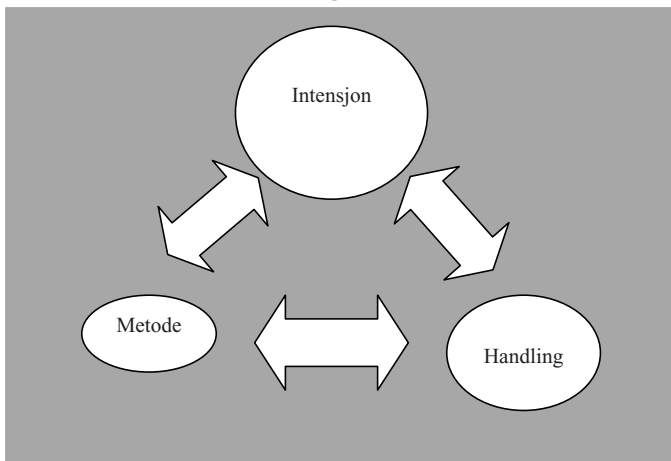


Intenksjonene både i dokumentene og det som kommer frem under fokusgruppene, viser at tverrfaglighet er en viktig målsetting. Tverrfaglig samarbeid er en viktig del av den helhetstenkingen sentret legger til grunn for sin tenkning. De ansatte har problemer med å beskrive hva tverrfaglig arbeid innebærer. De har et uavklart forhold til begrepet, men mener at dette er et område de synes er viktig og interessant og diskutere, og det er tydelig at dette er i utvikling.

Men slik vi ser at sentret har utviklet seg, ser vi en tendens til at det blir en arbeidsdeling mellom ansatte innenfor omsorg, fysioterapi og kultur på sentret. Det blir viktig for sentret å utarbeide rutiner og en helhetlig tenkning for hvordan brukeren skal få kunnskap om hvilken mulighet det ligger i den kompetansen som de ansatte har innenfor de ulike gruppene. Det vil også være viktig at de ansatte klarer å beskrive sammenhengen mellom de ulike tilbudene de representerer og at ting henger sammen.

Det er først og fremst de ansattes oppgave at tilbudet fremstår som et helhetlig tilbud, i dette arbeidet blir det viktig at de ansatte bedre enn i dag klarer å plassere sin egen eller andres rolle inn i et tverrfaglig perspektiv.

10.2 Brukermedvirkning



De ansatte er tydelig opptatt av at det er brukeren som skal stå i sentrum og at rehabilitering er brukerens prosess. Dette kommer også tydelig til syne når de beskriver sine handlinger. En kan tolke brukernes beskrivelser av de ansatte som at de opplever å bli godt ivaretatt og hørt. Rehabiliteringssenteret har ikke noen bevisst modell som beskriver hvordan brukermedvirkningen skal ivaretas, men intensjonen er tydelig og handlingen mer fremtredene selv om metodene mangler. At handlingen blir mer tydelig enn metoden, kan ha sin forklaring ved at en på rehabiliteringsinstitusjonen har jobbet med hvilken holdning en skal ha overfor brukerne, og at dette har blitt integrert som en sentral del av måten de ansatte viser respekt for det enkelte individ på.

Utfordringen møter de ansatte først og fremst i at brukeren ikke er forberedt på stor grad av brukermedvirkning. De er vant til å innta en litt mer passiv rolle og få beskjed om hva de skal gjøre. En del av de begrepene som anvendes overfor brukerne, oppleves kanskje som noe fremmed slik som spørsmål om hvilket mål og delmål skal du sette deg, og kartlegging av brukerens nærmeste utviklingssone.

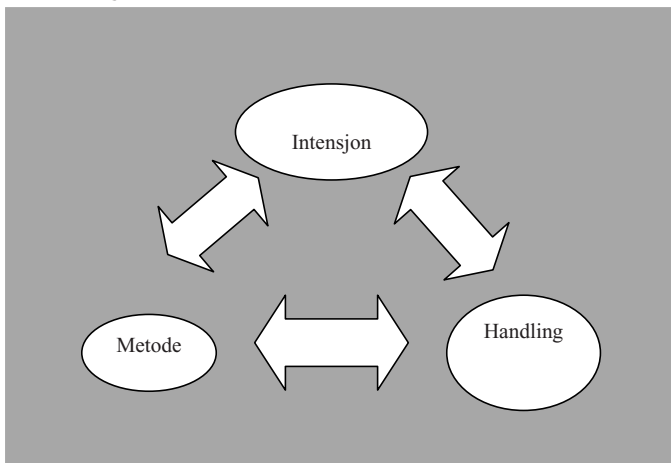
Et annet dilemma er valgfriheten det legges opp til i en helhetlig rehabiliteringsprosess. Det oppstår utvilsomt en del faglige dilemma dersom en bruker kun ønsker å fokusere på ett område, mens de ansatte ser at her er det mange forhold som virker inn. Det er naturlig at et rehabiliteringsopphold har fokus på

mestring og utvikling, samtidig er dette en orientering som kan motvirke brukermedvirkning, dersom området som skal mestres og utvikles i for stor grad styres av institusjonen.

Utfordringen for Namdal Rehabilitering blir å utvikle metoder for å trekke brukeren aktivt med inn i alle områder av rehabiliteringsarbeidet. Brukerne vi snakket med var opptatt av sin "lidelse/problem" og var ikke i særlig grad i stand til, eller ønsket å formidle det sammensatte i problematikken eller beskrive områder som kunne dreie seg om nyorientering, mestring av nye områder osv.

Når vi skriver at handlingen i stor grad er tilstede når det gjelder brukermedvirkning, kan dette forklares ut fra at de ansatte bruker mye tid på å bli kjent med brukeren og ikke gjøre noe som vil stride mot hans/hennes ønsker. De ansatte beskriver ikke for brukeren at det er hans/hennes prosess og at de må betrakte de ansatte som støttespillere med en kompetanse som brukeren kan benytte. Ei heller er de opptatt av å beskrive kompetansen ovenfor brukeren. De blir i større grad presentert som mulige valg for brukeren. Disse valgmulighetene oppleves og beskrives av brukeren som aktiviteter for tidtrøytte og ikke aktiviteter som middel i en rehabiliteringsprosess. Skal brukeren aktivt styre sin egen rehabiliteringsprosess, må brukeren få kunnskap som gjør brukeren i stand til å ta aktive valg. Det er her vi savner gode utviklet metoder.

10.3 Høylandsmodellen



De ansatte har klare intensjoner om å arbeide etter en annerledes rehabiliteringsmodell som legger vekt på helhet og har kultur og humor som viktige og bærende elementer. Men de forteller også at de ikke har fått modellen under huden. Høylandsmodellen oppleves som en beskrivelse av en prosess, men hvor de enkelte faktorene i denne prosessen mangler faglig substans og konkretisering. Dette fører til at de ansatte sliter med å finne ut hvilken rolle de skal ha i utøvelsen av modellen.

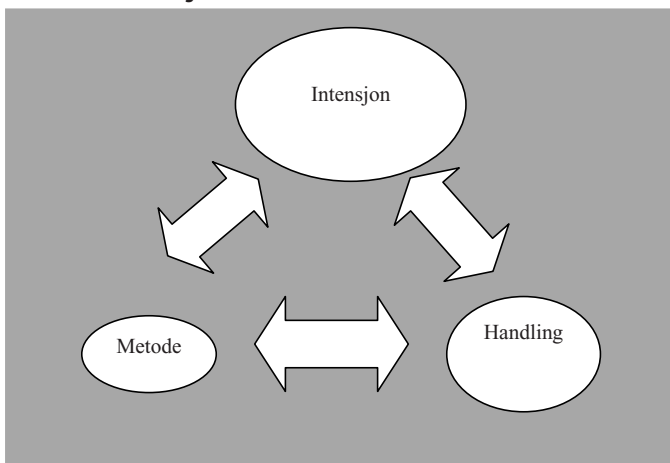
De ansatte uttaler at modellen oppleves som "grei på papiret", men at veien fra papir til handling blir vanskelig å se, og dermed blir det vanskelig å operasjonalisere intensjonene. Modellen synes i for liten grad å være gjennomdrøftet i den hensikt å integrere den i det daglige arbeidet med brukerne. Det beskrives enkelte situasjoner der de ansatte har jobbet med kartlegging av interesser og nyorientering hos den enkelte bruker, men arbeidet blir tilfeldig og blir i liten grad fulgt opp etter utskrivelse. Mange av de kulturelle innspillene blir enkeltstunts som ikke settes inn i en faglig sammenheng. Dette gjør det vanskelig å se hvordan Høylandsmodellen ligger til grunn for et helhetlig arbeid, hvordan den konkret settes ut i live og hvilke konsekvenser den har for den enkelte ansatte.

Selv om det råder en svært positiv holdning til Høylandsmodellen som grunnlag for rehabilitering, blir dette et usikkert grunnlag all den tid den enkelte ansatte har vansker

med å se hvordan eget arbeid kan være med på å realisere modellen. De ansatte har store forventninger om at ansvaret for iverksettingen av modellen skal hvile på noen andre (kulturarbeideren primært), som skal ha oversikten, være motoren i arbeidet og setter den i system. En slik arbeidsdeling vil kunne komme i konflikt med tanken og ideen om at kulturdimensjonen er viktig i en helhetlig rehabiliteringsprosess.

I intervjuene ble Høylandsmodellen som en egen modell i rehabilitering det som ble minst trukket fram av informantene. Slik vi tolker dette, er det rehabilitering innenfor en tradisjonell modell som er utgangspunkt for refleksjonene. Dette gjelder også for brukerne. Entusiasmen, engasjementet og motivasjonen for å arbeide med en annerledes rehabiliteringsmodell er sterkt fremtredende. Det er viktig at Namdal Rehabilitering har tort å ta fatt på et sentralt punkt innenfor rehabilitering som tidligere ikke har vært spesielt vektlagt.

10.4 Konklusjon



Namdal Rehabilitering er en del av en lengre rehabiliteringskjede. For brukerne av senteret representerer oppholdet en viktig, men tidsmessig kort del av en rehabiliteringsprosess. Namdal Rehabilitering er avhengig av at helseforetak og kommuner ønsker å kjøpe de tjenestene institusjonen tilbyr. Bestillere i form av brukere, kommunehelsetjeneste, primærlege og helseforetak har i hovedsak en medisinsk forståelse til grunn for henvisning til senteret. Den kulturelle

innfallsvinkelen man ønsker å ha på Namdal Rehabilitering kan da bli liggende i press mellom bestillers intensjon og rehabiliteringssenterets faglige visjon. Etablering av en rehabiliteringsinstitusjon begrunnet i distriktpolitikk og som næringsetablering kan medføre ytterligere press på den kulturelle dimensjonen. Selv om rammebetingelsene for etablering av en annerledes rehabiliteringsmodell kan synes å by på mange utfordringer, har vi også sett at det i et samlet helsevesen ønskes å innføre ICF som er et forsøk på å innføre en "biopsykososial" forståelse av funksjonshemming, hvor man ikke bare er opptatt av medisinsk og fysikalsk restitusjon, men at målet er deltakelse i samfunnet. Det kan derfor synes som om det ligger en åpning for å tenke rehabilitering "annerledes og helhetlig".

Hovedmålsettingene med dette prosjektet har vært:

- En beskrivelse av særtrekk med Høylandsmodellen. I denne beskrivelsen tar vi sikte på å beskrive modellen slik den fremstår i plandokumentene og foreta en kartlegging av hvordan modellen påvirker den praktiske utførelsen av tjenestetilbudet på institusjonen.
- Evaluering av brukeres opplevelse av humor og kultur som virkemiddel i rehabiliteringsprosessen.

Kort oppsummert kan vi da si følgende: Høylandsmodellen er beskrevet som intensjoner om helhetlig rehabilitering med kultur og humor som viktige elementer. Intensjonene er i liten grad operasjonalisert i form av metodiske redskap. Når vi ser på elementene samlet sett, kan vi konkludere med at intensjonene er godt forankret hos de ansatte. Det er ingen motstand mot å trekke kultur og humor inn i arbeidet, tvert imot, de ansatte er opptatt av at de må lykkes med dette og at dette utgjør en viktig dimensjon i rehabiliteringsarbeidet. Tilslutningen til intensjonene i modellen gjør seg gjeldende hos de ansatte ved at de er opptatt av brukerstyring, tverrfaglig arbeid og at oppholdet på rehabiliteringssenteret skal være en positiv opplevelse for brukeren. Men handlingene er mer styrt av intensjonene enn av planmessig og målrettet metode.

Når det gjelder brukernes opplevelse av humor og kultur som virkemiddel i rehabiliteringsprosessen, kunne de vi intervjuet i liten grad identifisere dette som elementer i rehabiliteringsoppholdet. De var positive til kultur og humor, men var i

første rekke opptatt av å få oppfylt forventninger om trening og at de praktiske forholdene ligger til rette.

I det videre arbeidet vil det være ønskelig sammen med de ansatte å utvikle metoder som kan prøves ut i praksis for å øke sammenhengen mellom intensjoner - metode - handling.

11 Hvordan videreutvikle Høylandsmodellen

Namdal Rehabiliteringssenter er i en etableringsfase hvor muligheten for å utvikle arbeidsmåter som vil utgjøre en forskjell fra de arbeidsmåtene som kjennetegner mye av dagens rehabiliteringsarbeid, er optimal. Det er derfor naturlig å se dette prosjektet som et ledd i et lengre utviklingsarbeid, og at det vil være ønskelig med en oppfølging. Vi har i samarbeid med Namdal Rehabilitering sett på mulighetene for en del to i dette forsknings- og utviklingsprosjektet, og har utviklet følgende to hovedmålsetninger:

1. På bakgrunn av tidligere forskning og kartlegging, sammen med Namdal Rehabilitering justere og utvikle intensjonene i Høylandsmodellen videre med spesielt fokus på å forankre intensjonen i modellen ytterligere hos personalet.
2. Beskrive og utprøve hvordan samarbeidet med kommunene kan organiseres slik at Høylandsmodellen kan bli en felles plattform i skjæringspunktet mellom rehabiliteringen og de kommunale tiltakene som brukerne kan benytte.

I en del 2 ligger det også en mulighet for Namdal Rehabilitering å søke samarbeide med HiST og et prosjekt de har utviklet i samarbeid med Helse Midt-Norge. Dette prosjektets overordnede målsetting er å bedre grunnlaget for overføring av klinisk kompetanse mellom disipliner og nivåer i rehabiliteringstjenesten. Dette gjøres gjennom en utprøving av ICF som redskap for helhetlig og multidisiplinær rehabilitering med et økt fokus på dagliglivets aktiviteter, sosial deltagelse og tilpasning mellom pasient/bruker og hans/hennes omgivelser som overordnede mål for enhver rehabiliteringsprosess.

Delmålsettinger i prosjektet i regi av HiST er:

- å operasjonalisere aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer slik at dette kan benyttes i kartlegging av og individuell planlegging, og å teste ut forståelse og anvendelighet av dette blant brukere og ansatte i spesialisthelsetjenesten og den kommunale rehabiliteringstjenesten.
- å gjennomføre måling av aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer blant et mindre utvalg rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten

- å bidra til en prosess der aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer blir benyttet som mål i rehabiliteringsprosessen på tvers av disipliner og tjenestenivåer
- å foreslå en kartleggings- og oppfølgingsmodell som anvender kjernebegrepene i ICF

Høylandsmodellen og ICF

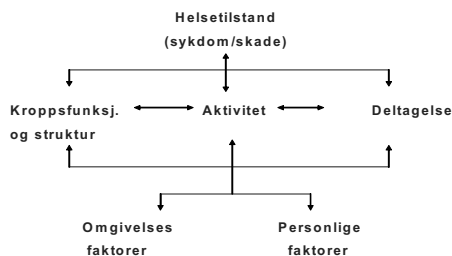
Ser en på dokumentene og de ansattes intensjoner, kan en ikke påstå at Høylandsmodellen er et PR-stunt. Som vi har beskrevet tidligere i denne rapporten, har de ansatte gitt uttrykk for at de ønsker å jobbe ut fra et helhetssyn der rehabiliteringsprosessen blir mer enn opptrening av kne, hofter og rygg. Høylandsmodellen slik den fremstår som intensjon i de ulike dokumentene, beskriver viktige deler av rehabiliteringsprosessen gjennom fysisk trening, mental stimulans i form av humor og kultur, samt omstillingsbehov og sist, men ikke minst, at prosessen skal være deltakerstyrt.

Når en ser på områdene som ligger til grunn for Høylandsmodellen, er det fellestrekk mellom denne modellen og den modellen som ligger til grunn for ICF-klassifiseringen. ICF-modellen og tenkningen omkring denne er på vei inn i helsevesenet generelt, også i rehabiliteringstjenesten⁵. Modellen benyttes delvis for å forstå de komplekse sammenhengene i og målsettingene for rehabiliteringsprosesser.

En del av grunnlaget for at Verdens Helseorganisasjon i 2001 vedtok en ny internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemning og helse (ICF) (WHO 2001), var at ICF representerer viktige endringer i det internasjonale begrepsmessige grunnlaget for funksjonshemning og helse. Den rådende medisinske modellen, det vil si forståelsen av at både årsak og løsning på et funksjonsproblem ligger i individet, blir utfordret av den sosiale modellen (Shakespeare 2005), som i en moderert form finner årsak og løsning på funksjonsproblemer i samspillet mellom et individ og hans/hennes omgivelser.

⁵ Høgskolen i Sør-Trøndelag og Helse Midt-Norge planlegger prosjektet "Utprøving av ICF i overføring av klinisk kompetanse i rehabiliteringstjenesten"

ICF modellen - 2001



ICF modellen framstår som et forsøk på å kombinere den medisinske og den sosiale modellen, og beskriver relasjonen mellom menneskers funksjon og de omgivelsene de lever sitt hverdagsliv i. Aktivitet og deltagelse inngår her i et samspill mellom individuelle, sosiale og omgivelsesmessige faktorer. Deltagelse i samfunnet blir med denne nye modellen et sentralt begrep i analysen av og løsningen på funksjonsproblemer. ICF modellen fremhever at alle områder virker inn på hverandre og at et individs funksjonssvikt ikke kan taes ut av denne sammenhengen.

Høylandsmodellen kan forstås inn i denne modellen hvor begrepet aktivitet blir satt inn i en større sammenheng enn aktivitet i forbindelse med fysisk opptrening av en funksjon, men hvor både sosiale og psykiske faktorer er representert.

ICF kan anvendes som et kommunikasjonsredskap mellom de ulike leddene i rehabiliteringsprosessen, og kan, dersom man lykkes, være et bidrag til ikke bare å forstå rehabilitering som komplekse prosesser ut over fysisk opptrening, men også utvikle og få aksept for anvendelse av metodiske redskaper i forhold til dette formålet. Utfordringen ligger i at dette også er et redskap fundert i en medisinsk tradisjon med utgangspunkt i begrep som klassifikasjon og kategorisering som resultat.

Kort beskrivelse av metoden i del 2

Vårt prosjekt del 2 vil falle inn under det man benevner som aksjonsforskning. Det vil si at man gjennom forskningsprosessen ønsker å styre utviklingen på et bestemt område. I denne sammenhengen vil det si å se på hvilke aksjoner man kan sette inn internt for at Høylandsmodellen skal bli et arbeidsredskap i det daglige arbeidet, slik man har en målsetting om. Det vil også være et mål å se på hvordan samarbeidet mellom Namdal Rehabilitering og de samarbeidende kommunene fungerer, og på hvilken måte man kan arbeide for at Høylandsmodellen også "blir med brukeren hjem", og at det oppleves en sammenheng mellom rehabiliteringsoppholdet og det som møter brukeren etter at man kommer hjem.

Et aksjonsforskningsforløp kan ikke beskrives i detalj før forskningen starter, men må utvikles som en prosess sammen med deltakerne. Prosessen kan illustreres slik:

HOVEDMÅLSETNING 1

- 1) Vi presenterer forskningsresultatene fra det gjennomførte prosjektet for de ansatte
- 2) Sammen med de ansatte etableres en felles forståelse for hva Høylandsmodellen innebærer. Modellen beskrives.
- 3) Det utarbeides en metodisk beskrivelse av hvordan Høylandsmodellen kan settes ut i live. Hvilke praktiske tilnæringsmåter kan anvendes? Hvem har ansvar for hva?
- 4) Aksjonene prøves ut
- 5) Aksjonene evalueres
- 6) Nye aksjoner planlegges, prøves ut og evalueres
- 7) Prosjektet dokumenteres

HOVEDMÅLSETNING 2

- 1) Vi presenterer forskningsresultatene fra det gjennomførte prosjektet og hovedmålsetning 1 for representanter fra Namdal Rehabilitering, samarbeidende kommuner og helseforetaket

2) Sammen med representantene fra de ulike partene kommer man frem til aksjoner som skal bidra til å implementere Høylandsmodellen i kommunene. Det utarbeides en metodisk beskrivelse av hvordan Høylandsmodellen kan implementeres gjennom kommunenes rehabiliteringstjeneste.

Hvilke praktiske tilnæringsmåter kan anvendes? Hvem har ansvar for hva?

- 3) Aksjonene prøves ut
- 4) Aksjonene evalueres
- 5) Nye aksjoner planlegges, prøves ut og evalueres
- 6) Prosjektet dokumenteres

Prosjektorganisering

I et prosjekt som favner så vidt tror vi det vil være nødvendig å ha en styringsgruppe for prosjektet. Styringsgruppen bør bestå av brukerrepresentanter, representanter fra rehabiliteringssentret. Hvis ønskelig kan representanter fra Folk 2 sitte i styringsgruppen. Styringsgruppen primære oppgave vil være å være dialogpartnere med prosjektledelsen under deres arbeid med forskningen.

Tidsplan:

Hovedaktiviteter	2007					2008					
	A u g u s t	s e p t e m b e r	o k t o b e r	n o v e m b e r	d e s e m b e r	j a n u a r	f e b r u a r	m a r s	a p r i l	m a i	j u n i
1. Forberedelser											
2. Datainnsamling											
3. Aksjon											
4. Analyse											
4. Ferdigstillelse av prosjektet											
5. Formidling											

Skjematisk vil denne grovskissen gi en pekepinn på hvordan arbeidet vil bli organisert og hvilke områder som vil ha sitt hovedfokus til hvilken tid.

Økonomi:

Den totale kostnadsrammen for prosjektet er kr 355.000. Her er alle utgifter tatt med. På bakgrunn av prosjektbeskrivelsen søker vi om 155.000 kr fra Folk 2 og 75.000 kr fra HiNT. De resterende midlene dekkes slik: 75.000 kr fra Namdal rehabilitering, og 50.000,- fra samarbeidende kommuner.

Det er viktig å understreke at Namdal Rehabilitering sitt bidrag foruten økonomi også dreier seg om bruk av resurser i form av arbeidstid blant de ansatte. Dette i form av møtevirksomhet, men ikke minst i form av utprøving av de nye arbeidsmodellene.

Publisering og formidling:

Det vil bli utarbeidet en prosjektrapport. Prosjektrapporten vil bli utgitt i HiNTs publikasjonsserie. Folk 2, og Namdal Rehabiliteringssenter vil få overlevert rapporten til formidling på den måten de ønsker.

Det vil bli utarbeidet en fagartikkel som søkes publisert i egnet vitenskaplig fagtidsskrift knyttet til helse, kultur og rehabilitering. Det vil også bli utarbeidet en fagartikkel for publisering i Norsk Legetidsskrift, i samarbeid med Karin Ellingsen Aune (HiST, prosjektleder) og Arne H. Eide (professor 2 HiST og forskningsdirektør ved SINTEF Helse).

Vi har søkt midler fra FOLK 2 og fra HiNT, disse er innstilt på å støtte prosjektet. Dette innebærer at 230.000,- kr av et totalbudsjett på 355.000 er finansiert. For videre fremdrift er det viktig for oss å få avklart om Namdal rehabilitering er interessert i en oppfølgingsstudie som skissert ovenfor.

Litteratur

- Almås, Reidar (1990) *Evaluering på norsk* Oslo: Universitetsforlaget
- Andreassen, Tone Alm (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Arnestad, Georg (1995) "Kultur og økonomi: Ekteskap eller separasjon?" I: Arnestad, Georg (red.) *Kultur og regionalutvikling* Tano
- Askheim, Ole Petter (1998) *Omsorgspolitiske endringer - profesjonelle utfordringer*. Oslo: AdNotam Gyldendal
- Baklien, Bergljot og Carlsson, Yngve (2000) *Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel*. NIBR Prosjektrapport 2000:11
- Carpenter, Chris (2004) "Using Qualitative focus groups to evaluate health programmes and service delivery" I: Hammell, Karen Whalley og Carpenter, Christine (2004) *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* Churchill Livingstone
- Coghlan, D. og Cassey, M. (2001) "Action research from the inside: issues and challenges in doing research in your own hospital" I: *Journal of Advanced Nursing*, 35(5) : 674-682
- Cott, Cheryl A. (2004) "Client-centered rehabilitation: client perspectives" I: *Disability and rehabilitation*, 2004; vol:26, no.24, 1411-1422
- Crow, Liz (1996) "Including All of Our Lives: renewing the social model of disability." I: C. Barnes og F. Mercer: *Exploring the Divide*. Leeds, The Disability Press.
- Dean, Mitchell (2006) *Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund* Fredriksberg: Forlaget Sociologi
- Eide, Arne (2005) *Brukerdeltakelse i forskning* Forelesningsnotat fra forelesning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag Mai 2005
- Elden, M. og Chisholm, R.F. (1993) "Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the special Issue" I: *Human relation*, 46(2): 121-142
- Fairclough, Norman (2003) *Analysing discourse. Textual analysis for social research* London Routledge
- Folk 2 (2007) *Prosjektplan innsatsområde forskning og forskningsformidling 2005-2007* <http://www.folk2.no/gogd.aspx?id=3967> 23.04.2007
- Forskrift om habilitering og rehabilitering til Lov om helsetjenesten i kommunen Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 28. juni 2001

- Froestad, Jan; Solvang, Per og Söder, Mårten (2000) *Funksjonshemming, politikk og samfunn* Oslo: Gyldendal akademisk
- Helse Midt-Norge (2004) *Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge*
- Hodder, Ian (2000) "The interpretation of documents and material culture" I: Denzin, Norman K. og Lincoln Yvonna, S. (2000) *Handbook of Qualitative research* Sage Publications
- Hofseth, Christina (2000) *Brukermedvirkning i psykiatrien - fra politikk til praksis* SINTEF Unimed Rapport nr. STF78 A00524
- Kemmis, Stephen og McTaggart (2000) "Participatory Action Research" I: Denzin, Norman K. og Lincoln Yvonna, S. (2000) *Handbook of Qualitative research* Sage Publications
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1973-74) St. melding nr. 52 *Ny kulturpolitikk*
- Kultur- og vitenskapsdepartementet (1983) St.melding nr. 27 *Nye oppgaver i kulturpolitikken*
- Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 Nr. 61
- Mangset, Per (1992) *Kulturliv og forvaltning. Innføring i kulturpolitikk.* Oslo: Universitetsforlaget
- Masschelein (2005) "Participation for better or for worse?" I: *Journal of Philosophy of Education*, Vol. 39, No. 1. 2005
- Normann, Trine; Sandvin, Johans Tveit og Hanne Thommesen (2006) *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse* Kommuneforlaget
- Oliver, Michael (1996) *Understanding disability. From theory to practice* Palgrave Macmillan
- Olsen, Benedicte C. Rappana, Ljone, Sigvor, Grefberg, Marit (2004) *Likemann i sykehus: en veileder* Steinkjer: Norsk revmatikerforbund i Nord-Trøndelag
- Pinder, Ruth (1995) "Bringing back the body without blame? The experience of ill and disabled people at work." I: *Sociology of Health & Illness*. Vol 17 No. 5 605-631.
- Rønning; Rolf og Solheim, Liv Johanne (1998) *Hjelp på egne premisser? : om brukermedvirkning i velferdssektoren* Oslo: Universitetsforlaget
- Solvang, Per (2002) *Annerledes. Uten variasjon, ingen sivilisasjon.* Oslo: Aschehoug

Solvang, Per (2006) "Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten."
I: Eriksen, Thomas Hylland og Breivik, Jan Kåre (red.) *Normalitet*. Oslo:
Universitetsforlaget

Sosial- og helsedepartementet (1998-1999) St. melding nr. 21 *Ansvar og meistring*

Sosialdepartementet (2002-2003) St. melding nr. 40 *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne.*

Sosial- og helsedepartementet (2001) Forskrift om individuelle planer

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Mestring og medvirkning. Nasjonal strategi for styrking av helsetjenestens rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser*" Utkast til nasjonal plan for rehabilitering

Vestheim, Geir (1995) "Kulturpolitikk som regionalpolitikk?" I: Arnestad, Georg (red.) *Kultur og regionalutvikling* Tano

Wibeck, Viktoria (2000) *Fokusgrupper* Lund: Studentlitteratur

WHO (2001) ICF

Publikasjoner fra Høgskolen i Nord-Trøndelag

HiNT - Rapport

HiNT - Utredning

HiNT - Arbeidsnotat

HiNT - Kompendium

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse
HiNT, Biblioteket i Steinkjer
Serviceboks 2501, 7729 Steinkjer
telefon: 74 11 20 65
telefax: 74 11 20 03
e-post: bibsteinkjer@hint.no
<http://www.hint.no>

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Serviceboks 2501, 7729 Steinkjer
Kongens gate 42, 7713 Steinkjer
telefon: 74 11 20 00
telefax: 74 11 20 01

Avdeling for samfunn, næring og natur, Steinkjer

Serviceboks 2501, 7729 Steinkjer
Kongens gate 42, 7713 Steinkjer
telefon: 74 11 20 00
telefax: 74 11 21 01/22 01

Avdeling for sykepleier-, ingeniør- og lærerutdanning, Levanger

Røstad, 7600 Levanger
telefon: 74 02 25 30
telefax: 74 02 29 02

Avdeling for helsefag, Namsos

Postboks 354, 7801 Namsos
Jernbanegt. 2, 7800 Namsos
telefon: 74 21 23 30
telefax: 74 21 23 01

Avdeling for trafikklærerutdanning, Stjørdal

Postboks 324, 7501 Stjørdal
Ligaardv. 15, 7500 Stjørdal
telefon: 74 82 37 00
telefax: 74 82 37 01