

**MASTEROPPGAVE
MAREH 5900
mai 2018**

Praksiserfaringer fra medlemmer i nettverksgruppe for
koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i Oslo
kommune

En kvalitativ undersøkelse om erfaringer fra medlemmer i fagnettverk for koordinerende
enheter for habilitering og rehabilitering i Oslo

Martha Londalen

**Fakultet for helsefag
Institutt for fysioterapi**

OsloMet – storbyuniversitetet

Forord:

En lang prosess går mot slutt nå, fra jeg startet med å ta delfag på Høyskolen i Oslo og Akershus for fire år siden, til at jeg så søkte meg inn på selve studiet på deltid, og til at jeg nå leverer masteroppgave på OsloMet – storbyuniversitetet.

Jeg har fått et lite innblikk i den akademiske verden, og jeg har lært mye. Jeg blir derfor ydmyk og fylt av respekt for all kunnskap og teori som er blitt formidlet i gjennom de fire årene i masterløpet. Og jeg ser at selv om jeg har lært mye er det enda uendelig mye mer å lære.

Ved avslutning av masteroppgaven er det mange som skal takkes:

Guro E Lilleås for å ha tilrettelagt for at jeg fikk tilgang til informanter og gjennomført intervjuene.

Informantene for at de stilte opp og ga meg materiale til å utvikle kunnskapsområdet.

Bente for å ha fortalt meg at det var blitt mulig å ta delfag og for å ha oppmuntret meg underveis.

Jentene mine, Anette og Marie, for å ha støttet moren sin i prosessen og gitt meg gode tips fra en ferskere studenttilværelse enn min.

Og til slutt takk til veilederne, Inger Marie Lid for at hun hjalp meg i starten og til Per Koren Solvang for at han overtok.

Oslo 14. mai 2018

Martha Londalen

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt: Bakgrunn for oppgaven er min interesse for rehabiliteringsfeltet. Jeg har ønsket å undersøke hvordan man jobber i koordinerende enheter, på kommunenivå. Jeg har undersøkt hvordan mennesker som jobber i koordinerende enheter beskriver sine erfaringer om hvordan de ivaretar oppgavene og føringene som beskrives i Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering individuell plan og koordinator fra 2015. Jeg har også bedt dem om å identifisere hvilke muligheter og utfordringer de opplever i jobbene sine. I Helseetaten Oslo kommune ble det i 2016 opprettet et fagnettverk for koordinerende enheter med to medlemmer fra hver bydel. Det er medlemmer i dette nettverket som jeg har brukt som informanter i min undersøkelse.

Metode: Jeg har brukt kvalitativ metode ved å gjennomføre to gruppeintervjuer. Jeg har knyttet dette til en teoretisk bakgrunn med fokus på rehabiliteringsteori, organisasjonsteori og institusjonell etnografi. Jeg har brukt politiske styringsdokumenter som bakgrunnsmateriale og for å beskrive historisk utvikling av koordinerende enhet.

Resultater:

Informantene har formidlet et syn på rehabilitering som tilsvarer en helhetlig bred forståelse av rehabilitering slik det framkommer i Stortingsmelding 21 og i ICF. De hadde stort fokus på brukernes egen medvirkning. Informantene formidlet erfaringer med at koordinerende enhet ikke er godt kjent blant samarbeidspartnere og brukere, og ofte ble usynlig i organisasjonen. De av informantene som var organisert høyt i organisasjonshierarkiet var mer tilfredse og erfarte at de ble mer synlige i organisasjonen.

Nøkkelord: Habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringsforståelse. Koordinerende enhet på kommunenivå. Fagnettverk. Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra 2015. Brukermedvirkningsprosesser. Praksiserfaringer. Gruppeintervju.

Abstract:

Background and purpose: The background for this assignment is an interest in the rehabilitation field, with a special interest in how to work in coordinated units in primary care. I have studied how people who work in coordinating units describe their experiences of concerning how they accommodate the tasks according to the leading guidelines from the Authorities on Rehabilitation, Habilitation, Individual Plan and Coordinator from 2015. And I have asked my informants to identify how they see opportunities and challenges in their work situation. In the municipality of Oslo, a network of coordinators from each district of the municipality was established in 2016. Each district had two representatives. Members from this group were used as informants in the survey

Method: A quantitative method is performed by conducting two group interviews. I am referring this to a theoretical background with focus on rehabilitation theory, organizational theory and institutional ethnography. Political documents are used as background material to plan, process and discuss the results from the interviews and to describe historical development for coordinating units in habilitation and rehabilitation.

Results: The informants have conveyed a view on rehabilitation that corresponds to a comprehensive, broad understanding of rehabilitation as stated in the white paper, Stortingsmelding 21, and in the ICF. There was a heavy focus on the users own involvement. The informants conveyed experience that coordinating units are not well known among partners and clients, and often became invisible in the organization. With the result that it is hard to find for clients and collaborators. The informants who were organized higher in the organizational hierarchy, organized under one of the top leaders found that they became more visible and available in the organization.

Keywords: Habilitation and rehabilitation, How to understand rehabilitation. Coordinating units of habilitation and rehabilitation at primary health level. Professional network, Guidelines from the Authorities on rehabilitation, individual plan and coordinator. Clients own processes, Experience from everyday practice, Group interview

Innhold

Forord	s. 2
Sammendrag	s. 3
Abstract	s. 4
Innholds	s. 5
1. Innledning og presentasjon av problemstillingen	s. 7
2. Teori	s. 15
2.1 Tidligere forskning på hab- og rehabilitering og koordinerende enhet	s. 15
2.2 Rambøll rapporten, Perspektiver på god praksis	s. 18
2.3. Temaheftet ”Koordinerende enheter bringer tjenestene sammen”	s. 18
2.4 Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten	s. 19
2.5 Rehabiliteringsteori	s. 20
2.6 Institusjonell etnografi	s. 24
2.7 Organisasjonsteori	s. 26
2.8 Presentasjon av politiske styringsdokumenter	s. 29
2.8.1 Styringsdokumenter fra før Stortingsmelding 21	s. 29
2.8.3 Stortingsmelding 21, 1998-99, Rehabiliteringsmeldingen	s. 30
2.8.4 Rundskriv til forskrift for hab- og rehabilitering, 2001	s. 32
2.8.5 Veileder for individuell plan 2001	s. 32
2.8.6 Stortingsmelding 47, 2008-09 Samhandlingsreformen	s. 33
2.8.7 Rundskriv fra Helsedirektoratet (2011)	s. 34
2.8.8 Helse og omsorgsloven 2012	s. 34
2.8.9 Sammen om mestring	s. 35
2.8.10 Veileder om hab- rehab. individuell plan og koordinator, 2015	s. 35
2.8.11. Opptappingsplan for rehabilitering 2016	s. 39
3 Etikk	s. 40
4 Metode	s. 41
4.1 Metode	s. 41
4.2 Forberedelser og gjennomføring av intervju	s. 42
4.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	s. 46
5 Resultat og analyse	s. 48

5.1 Analyse	s. 48
5.2. Forståelse av rehabilitering	s. 51
5.3 Brukermedvirkning og familieperspektiv	s. 51
5.4 Organisering av koordinerende enhet	s. 53
5.5 Bidrag til samarbeid på tvers	s. 54
5.6 Arbeid med koordinatorene	s. 54
5.7 Arbeid med individuelle planer og koordinatorene	s. 54
5.8 Muligheter og utfordringer	s. 56
6.1 Drøfting	s. 59
6.2 Synlig og tilgjengelig organisering?	s. 60
6.3 Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator	s. 61
6.4 Brukermedvirkning	s. 62
6.5 mulighet og utfordringer	s. 63
7 Konklusjon og avsluttende bemerkninger	s. 64
Litteraturliste/referanser	s. 66
Vedlegg	s. 70

1. Innledning og presentasjon av problemstillingen.

Koordinering får større betydning i et samfunn som blir mer og mer sammensatt og komplisert. Tjenester og tiltak skal henge sammen og fungere best mulig for alle som bor i samfunnet. Koordinering foregår på de fleste arenaer. Eksempelvis kan det være en familie som planlegger en ferieuke, eller en bedrift som skal gjennomføre en større omorganisering. En kommunal hjemmetjeneste som skal planlegge og fordele vakter og omsorgsoppgaver og også må skaffe vikarer for sykmeldte for å sikre at tjenestemottakerne får forsvarlig og kvalitetsmessig god helsehjelp. Det kan også være koordinering i form av å planlegge en større internasjonal konferanse.

Koordinering er et nøkkelbegrep innen rehabilitering. Koordinerende enhet i kommunene ble forskriftsfestet i 2001 i sammenheng med forskrifter for rehabilitering, og lovfestet fra 2012 i Helse- og omsorgsloven. Samfunnsoppgaven med de koordinerende enhetene er løst på mange ulike måter i kommunene. Samfunnsmessige hensyn er viktige og det er mange deler som skal samordnes og mange hensyn som må tas. Koordineringsarbeidet påvirker alle menneskene som deltar, og det er mange roller som fylles. Både de som mottar tjenester direkte, de som jobber direkte med å bistå brukere med å nå sine målsettinger og de som på mange andre måter bidrar i koordineringsarbeidet. Mange personer gjør en innsats i koordineringsarbeidet. I oppgaven undersøker jeg hvordan fagpersoner som jobber med koordinering innen habilitering og rehabilitering erfarer at de imøtekommer føringene og fyller oppgavene som er beskrevet i veilederen for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinering.

Oppgaven handler om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Gjennom to gruppeintervju har jeg undersøkt hvordan medlemmer i Oslo kommunes fagnettverk for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering erfarer at de ivaretar føringene som er lagt i Veilederen om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Jeg spurte også om hvilke muligheter og utfordringer de opplever i sine arbeidsforhold da jeg intervjuet dem. Jeg jobber selv i en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og det er gjennom egen erfaring at jeg ser behov for kvalitetsutvikling og har fattet interesse for temaet jeg har valgt for masteroppgaven.

Masteroppgaven fokuserer på koordinerende enheter og ikke på koordineringsarbeid med enkeltpersoner. Innen rehabilitering og habilitering er det enkeltmennesker som av mange ulike grunner er i en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess som er i fokus for den koordinerte oppfølgingen. Disse personene skal sikres et best mulig resultat i sin rehabiliteringsprosess og det er viktig at koordinert oppfølging skjer på en optimal måte hvor det er personenes egne behov og ønsker som prioriteres. Mitt håp er at forskningsarbeidet vil gi et resultat som kan bidra til økt kunnskap i arbeidet med koordinering innen habilitering og rehabilitering, og det gjennom utvikling og kvalitetsforbedring kan komme brukerne til gode.

Sandvin slår fast ”... at det ikke er innsatsene i seg selv som er rehabilitering. Det er koordinering av innsatsene, og samhandlingen mellom aktørene, for å støtte individuelle prosesser som er rehabilitering.”. (Sandvin, 2012, s. 63). Rehabilitering er et mangefasettert begrep. Jeg beskriver nyere forståelse av rehabilitering relatert til Stortingsmelding 21, 1998-99 og ICF, og jeg knytter dette til koordinering innen habilitering og rehabilitering. Dette kan sammenfattes til en forståelse av rehabilitering slik det defineres i Stortingsmelding 21 og formuleres i ICF omtales som det sosiale vendepunktet for rehabilitering. (Solvang & Slettebø, 2011.s. 17). Jeg bruker sentrale politiske styringsdokumenter som omhandler koordinering og rehabilitering som bakgrunnsmateriale og for å gi et historisk tilbakeblikk i beskrivelsen av koordinerende enhet. Jeg har støttet meg til artikkelen ”The rehab research matrix: producing knowledge at micro, meso and macro levels”, (Solvang P K, Hanisch, H & Reinhardt J D, 2017), som gir en sosiologisk forståelse av rehabilitering og setter ulike elementer i en rehabiliteringsforståelse inn i en matrise som får fram mange av elementene i forståelsen av rehabilitering. Dette forklares nærmere i kapittelet om rehabiliteringsteori.

I definisjonen på rehabilitering i Stortingsmelding 21 slås det fast at det er samarbeidet mellom fagfolk, eller samordningen av den profesjonelle innsatsen som er sentral. Samtidig vektlegges brukernes egen medvirkning i rehabiliteringsprosessen. Stortingsmelding 21, 1998-99, ”Ansvar og meistring Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk” definerer rehabilitering som:

..Tidsavgrensa, planlagde, prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukarens eigen innsats for å oppnå best

mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

(St.meld nr. 21 (1998-99))

Stortingsmelding 21, Ansvar og meistring, fra 1998/99 og WHOS klassifiseringssystem ICF som også kom i perioden rundt årtusenskiftet er dokumenter som gir en mer omfattende beskrivelse av rehabilitering og viser en utvidet forståelse av rehabiliteringsbegrepet enn det som tidligere ble forstått som medisinsk rehabilitering. ICF, som betyr International Classification of Functioning er et begrepsapparat og klassifiseringssystem utarbeidet av WHO. ICF er ikke et diagnosesystem. ICF representerer en biopsykososial forståelse av rehabilitering og beskriver rehabilitering på mikro og makro nivå. Dette er en endret forståelse av funksjonshemming. Fra at funksjonshemming forstås som en tilstand knyttet til enkeltindivider og at det er den enkelte som skal diagnostiseres og deretter behandles til at funksjonshemming forstås som noe som oppstår i samspillet mellom person og omgivelsene. ICF vektlegger betydningen av omgivelsene og fokuserer på deltagelsesaspektet. (Solvang, 2012, s. 74). ICF blir mer utførlig beskrevet i teorikapittelet. Habilitering og rehabilitering er sentrale oppgaver i velferdsstaten Norge. Breimo hevder i sin doktorgradsavhandling ”Bundet av bistand” at man må se utviklingen av rehabilitering som virksomhet i sammenheng med utviklingen av velferdsstaten. Det er habilitering- og rehabilitering som er fokuset i denne typen koordinering. Koordinering innebærer et samarbeid hvor flere personer bidrar for å oppnå samme mål i forhold til en oppgave, og en slik oppgave innebærer i denne sammenhengen å hjelpe en person som er i en rehabiliteringsprosess. I en rehabiliteringsprosess er det mange ulike faktorer som spiller inn, og det er mange aktører som deltar, både innen helse og sosial og i andre etater og samfunnsområder. Det er nødvendig å samordne alle disse faktorene på en måte som bidrar til at rehabiliteringsprosessen går i riktig retning. Aller mest i forhold til hva som er viktig for enkeltmenneskene som trenger bistand i sin rehabiliteringsprosess. Samordning, eller koordinering, av tilbudene er også viktige for de som yter tjenestene og for samfunnsmessige forhold og for systemene som er involvert i rehabiliteringsprosessene. (Breimo, 2012) Stortingsmeldingens beskrivelse av habilitering og rehabilitering viser til en bred forståelse av begrepet hvor habilitering og rehabilitering skal sees i en mye mer utvidet samfunnsmessig sammenheng mer enn i en snever medisinsk forståelse. Rehabiliteringsdefinisjonens beskrivelse av at flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukers egeninnsats er en beskrivelse av koordinert oppfølging.

Koordinerende enheter ble forskriftsfestet allerede i 2001 og lovpålagt i 2012 og det er ulike erfaringer med tjenestene. Imidlertid er det mange kommuner som ennå ikke har en koordinerende enhet implementert i sin organisasjonsmodell. I Riksrevisjonens rapport (2011-2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten oppgis det at 77 % av kommunene har en koordinerende enhet. Det er uklarheter om hvordan tjenesten skal organiseres. Koordinerende enhet framstår fortsatt som usynlig og lite kjent i organisasjonen, både blant samarbeidspartnere, og for befolkningen. Dette utdypes i kapittelet om tidligere forskning.

Jeg har vært inspirert av institusjonell etnografi ved gjennomføringen av mitt forskningsarbeid. Institusjonell etnografi er en sosiologisk metode som er egnet for å tydeliggjøre organisasjoner med uklar struktur. Metoden gir et grunnlag for å studere mennesker slik de selv erfarer verden. Informantene betraktes som kunnskapsbærere og det er informantenes hverdags erfaringer som danner grunnlag for videre undersøkelser. (Widerberg, 2015, s. 15). Jeg støtter meg til tekstdokumenter i form av politiske styringsdokumenter fordi disse dokumentene beskriver de statlige føringene for koordinerende enhets oppgaver og arbeidsmåter og de gir et historisk tilbakeblikk av utviklingen av koordinerende enhet. Det empiriske materialet har jeg innhentet gjennom to gruppeintervjuer med medlemmer i fagnettverket for koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering organisert fra Helseetaten i Oslo Kommune. Intervjuene har tatt utgangspunkt i praksiserfaringer og beskrivelser av hvordan de jobber i de koordinerende enhetene. Gjennom å intervju informantene om hverdags erfaringene deres har jeg forsøkt å få en forståelse av de institusjonelle prosesser påvirker arbeidshverdagene deres. Jeg bruker de politiske styringsdokumentene for å relatere oppgavene informantene har i det daglige til hva som er beskrevet i offentlige dokumenter, for å illustrere hvilke føringer og beskrivelser av oppgavene som er tillagt koordinerende enhet. Organisasjonsteori danner bakgrunnen for forståelse av sammenhengen mellom de politiske styringsdokumentene som jeg bruker som bakgrunnsmateriale og hvordan innholdet i disse påvirker informantenes praksishverdag, og min bearbeiding av materialet fra intervjuene. Hoveddokumentet er Veilederen om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utgitt av Helsedirektoratet i 2015. (Helsedirektoratet 2015), som jeg har brukt som grunnlag for å utarbeide spørsmålene til gruppeintervjuene, og som bakgrunnsmateriale for å analysere og drøfte resultatene. Jeg

har brukt Braun og Clarkes analysemodell, tematisk analyse, når jeg har analysert og drøftet mine funn fra gruppeintervjuene. (Braun & Clarke, 2006).

I det videre bruker jeg benevnelsen koordinerende enhet for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Videre bruker jeg benevnelsen veilederen når jeg skriver om Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator fra 2015. Når jeg skriver om fagnettverk for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som er opprettet i Helseetaten i Oslo kommune benevner jeg denne som nettverksgruppa. Jeg bruker samlebegrepet politiske styringsdokumenter for offentlige dokumenter fra offentlige myndigheter som gir føringer for hvordan tjenesteutøvelsen skal være. Slike dokumenter er stortingsmeldinger, lovverk, veiledere, rundskriv. Jeg har hentet begrepet fra Breimos doktorgradsarbeid. (Breimo, 2012) Begrepene habilitering og rehabilitering er likestilt med felles definisjon, men de har ulike målgrupper (Lunde, 2015). Habiliteringsbegrepet viser til å lære nye ferdigheter, det brukes i forhold til barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer. Rehabilitering brukes først og fremst for voksne som av ulike grunner opplever endringer i funksjonsnivået, i begrepet ligger prosessen med å mestre og om mulig gjenvinne funksjon, eller mest mulig av tapt funksjon, eventuelt lære metoder for å kompensere for tapt funksjon. Habilitering og Rehabilitering handler om personer som av mange og ulike årsaker er i en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess. Siden rehabilitering er individuelle prosesser og handler om skreddersøm burde man kunne omtale personer som er i rehabiliteringsprosesser med deres navn, men en trenger samlebegrep. Det er flere ulike begrep som benyttes for å omtale disse personene. Historisk har det skjedd en utvikling i hvilke begrep som er benyttet. Det er pasient og bruker som er de vanligste begrepene. Janne Breimo bruker begrepet tjenestemottaker i sin doktorgradsavhandling. (Breimo, 2012). Tjenestemottakerbegrepet er et godt begrep, som delvis nøytraliserer maktforhold mellom den som mottar og den som utøver tjenester. Imidlertid viser det lite om egeninnsatsen og idealet om selvstendighet hos tjenestemottakerne. Pasientbegrepet brukes fortsatt. Hem skriver at pasientbegrepet er historisk ladet ved at pasientbehandlingen tidligere var preget av paternalisme hvor pasienten var passiv og adlydende. Dette brukes i et arketypisk eksempel, ved at en lege og en pasient representerer et maktforhold preget av ulikhet. (Hem, 2013). Jeg velger å ikke bruke pasientbegrepet i min oppgave, Jeg finner at begrepet er mer relatert til behandling av sykdom. Pasientbegrepet er passiviserende og viser lite om personenes egeninnsats, noe som er helt essensielt i en rehabiliteringsprosess. Det viser heller ikke til at rehabilitering handler

om forhold utenfor det medisinske. Jeg finner at det blir det et for snevert begrep for å forstå rehabilitering. Rehabiliteringsprosessene må sees i sammenheng med andre samfunnsmessige forhold. Andreassen beskriver et språklig skifte fra å bruke pasient til å ta i bruk brukerbegrepet. Dette henger sammen med at pasienter tildeles politiske deltagelsesrettigheter. Hun illustrerer dette ved at forskrift for rehabilitering og habilitering gir bestemmelser for rettigheter hos den enkelte og om representasjon av brukere. (Andreassen, 2012, s. 180). Jeg har valgt ”bruker”-begrepet for å beskrive menneskene i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Mitt inntrykk er at det er brukerbegrepet som er mest vanlig for å beskrive dem som mottar habilitering- og rehabiliteringstjenester, det er det begrepet som er mest brukt i materialet jeg har brukt i oppgaven, og det er det begrepet mine informanter brukte i intervjuene.

Forskrift for rehabilitering kom i 2001, her ble koordinerende enhet forskriftsfestet: Koordinerende enhet er lovpålagt i Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3, i 2012 Loven trådte i kraft 1.1.2012 (Breimo & Thommesen, 2012, s. 283). Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator ble utgitt av Helsedirektoratet i 2015 er teksten jeg bruker i min undersøkelse er den siste av denne rekken av veiledere. Fra utgaven i 2015 er veilederne blitt web-basert og skal oppdateres jevnlig. Veilederen fra 2015 gir en detaljert beskrivelse av hvordan myndighetene ser for seg hvilke oppgaver som skal legges til Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Veilederen beskriver både kommunenivå og overordnet statlig nivå. (Helsedirektoratet, 2015). Jeg har fokusert på det kommunale nivået. I Veilederen beskrives det at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal være tydelig i organisasjonen og lett å finne fram til for både dem som skal henvise og som dem som tar kontakt for seg selv. Enheten skal være et fast gjensidig holdepunkt for tverrfaglig samarbeid. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator har en overordnet ansvar for å sikre helhetlige tjenester og koordinerte tilbud til tjenestemottakere med behov for tjenester på flere fagområder, nivåer og sektorer. (Helsedirektoratet., 2015). Det har vært fokus på koordinert oppfølging siden før Stortingsmeldingen om rehabilitering, og jeg beskriver et utvalg av dokumentene som beskriver utviklingen av koordinerende enhet i teorikapittelet.

Helseetaten i Oslo kommune opprettet i 2016 ”Fagnettverk for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering”, nettverksgruppa. Dette skal være et fagnettverk, og ledelsen av nettverksgruppen er lagt til helseetaten. Gruppas mandat beskriver at nettverkets

målgruppe er ansatte fra hver bydel i Oslo kommune som har ansvar for å ivareta koordinerende enhets funksjon, med inntil to representanter fra hver bydel. Formålet med nettverksgruppa er å bidra til gode, effektive og likeverdige koordinerende enheter i Oslos bydeler. Dette skal bidra til forbedring, utvikling og innovasjon gjennom at deltakerne får et kontaktnett og en samarbeidsarena hvor de kan dele erfaringer og lære av hverandre. Møteagendaen i nettverket skal påvirkes av deltakerne og sikre erfaringsutveksling, læring, kompetansebygging, innovasjon, effektivisering og samordning på tvers av bydeler og øvrige virksomheter. Nettverket skal ha et arbeidsutvalg som skal planlegge samlingene. Møteagendaen i nettverket skal påvirkes av deltakerne og sikre erfaringsutveksling. Det skal føres referat fra møtene og gjennomføres årlige evalueringer. Det oppgis at fokus i møtene i nettverket skal være: refleksjon rundt overordnede planer og dokumenter av betydning for koordinerende enhet, utviklingsarbeid av betydning for koordinerende enhet, Medlemmene i nettverksgruppa har kjennskap til de ulike bydelens koordinerende enhet, systemer og rutiner. Nettverksgruppa skal bidra til utviklingsarbeid gjennom kjennskap til bydelenes koordinerende enhet og systemer og rutiner for å sikre brukers tilbud, refleksjon rundt overordnede planer og dokumenter av betydning for koordinerende enhet Kriterier for å delta i nettverket er å være utpekt av virksomhetsdirektøren, være i målgruppen, delta aktivt på møtene og formidle fra nettverket til egen virksomhet. (Lilleås, 2016.) Medlemmene i nettverksgruppa har erfaringer med koordinerende enhet. Jeg fant at medlemmene i denne gruppa utgjør en interessant populasjon som kan være hensiktsmessig å bruke i min undersøkelse av koordinerende enheter. Medlemmene i nettverksgruppa jobber i samme kommune med samme overordnede ledelse men er også lokalt organisert i bydeler og påvirket av bydelens ulike måter å organisere tjenestetilbudet på. Dette gir muligheter for å undersøke variasjoner i hvordan tjenestene utføres i de ulike bydelene. Ved å hente informanter fra nettverksgruppa fikk jeg tilgang til empirisk materiale. Informantene jobbet i ulike bydeler men innen sammen kommunen og da kunne jeg gjøre sammenligninger. Jeg vurderte at gruppeintervju var en god metode for å innhente empirisk materiale da jeg antok at formatet med gruppeintervju ville kunne igangsette en gruppeprosess hvor deltakernes assosiasjoner kunne bidra til at flere hentet fram egne assosiasjoner. Jeg ønsket å gjøre bruk av gruppemedlemmenes erfaringer og inviterte dem til å være informanter i mitt forskningsarbeid rettet mot koordinerende enheter i Oslo kommune.

Jeg har definert denne problemstillingen til mitt forskningsarbeid:

Hvilke praksiserfaringer formidler medlemmer i nettverksgruppen for koordinerende enheter i Oslo kommune at de har gjort seg i arbeidet med å oppfylle føringene som er uttrykt i veilederen for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering? Hvordan beskriver de muligheter og utfordringer i arbeidet.?

Jeg har formulert underspørsmål som samsvarer med oppgavene som beskrives i Veilederen som jeg brukte i intervjuene. Jeg ba mine informanter om å utdype nærmere sine erfaringer i forhold til:

- Om enheten er synlig og har god tilgjengelighet for dem som trenger å komme i kontakt med den.
- Om de har et overordnet ansvar for arbeidet med Individuell plan og koordinatorene, oversikt dem. over behov for habilitering og rehabilitering, og om de bidrar til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
- Om de har gjort seg erfaringer rundt hvorvidt koordinerende enhet bidrar til å ivareta brukernes medvirkning i egen prosess. Erfaringer med pårønderarbeid, og med informasjon til befolkningen forøvrig.

Forståelse av offentlige organer er sentralt i teksten og jeg har brukt organisasjonsteori for å beskrive sammenhengene i teksten. Den offentlige forvaltningen er en viktig del av demokratiet og styres av overordnede politiske bestemmelser. Rehabiliteringsfeltet er innvevd i et politisk og samfunnsmessig nettverk slik det illustreres i matrisen fra artikkelen: "The rehabilitation research matrix: producing knowledge at micro, meso and macro levels", (Solvang et al., 2017, s. 1985 og 1986). Organisasjonsmessige forhold har stor betydning for forståelsen av tjenestene, arbeidsforhold for de ansatte og hvordan tjenestene utvikles og framstår for brukerne. Jeg har brukt sentrale politiske styringsdokumenter som bakgrunnsdokumenter ved å sette meg inn i hvordan disse dokumentene beskriver koordinerende enhet, og beskriver føringer og oppgaver som er lagt til enheten. Dokumentene viser også utviklingen av koordineringsarbeidet i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet fra da rehabilitering ble beskrevet i slike styringsdokumenter. Ved å ha med tidlige dokumenter i framstillingen forsøker jeg å vise en historisk sammenheng relatert til utviklingen av den sosiale modellen for forståelsen av rehabilitering.

Jeg har funnet litteratur som omhandler rehabilitering og rehabilitering i sammenheng med koordinering, videre har jeg funnet nyere forskning som er relevant i sammenheng med masteroppgaven. Forskningen er i form av masteroppgaver og doktorgradsarbeid, vitenskapelige artikler og rapporter som er utarbeidet for Helsedirektoratet.

Det er gruppeintervjuene som har gitt meg tilgang til det empiriske materialet ved at jeg har fått mulighet til å undersøke hvordan medlemmene i nettverksgruppa selv erfarer at de ivaretar oppgavene som beskrives i veilederen, og hvordan de forteller om sine praksiserfaringer. Jeg har deretter gjort en analyse av materialet etter gruppeintervjuene. Jeg setter dette inn i en forståelsesramme basert på institusjonell etnografi. Ved å utforske de erfaringene som informantene formidler om sine praksisopplevelser i arbeidet med koordinerende enhet er kunnskapen som produseres for mennesker og ikke om mennesker slik som det beskrives i institusjonell etnografi. Ved å formidle erfaringene håper jeg å kunne bidra til å øke kunnskapen om koordinerende enheter.

2. Teori

2.1 Tidligere forskning på habilitering og rehabilitering og koordinerende enhet.

Jeg har funnet fram til tidligere forskning som er relevant for å belyse min problemstilling rundt erfaringer med føringene i de politiske styringsdokumentene som er tillagt koordinerende enhet på flere ulike måter. Jeg har funnet kilder i pensumlitteraturen og fra kildehenvisninger i denne litteraturen. Min veileder har gitt meg informasjon om aktuell forskning, i form av artikler, masteroppgaver og doktorgradsarbeid. Jeg har også fått kjennskap til forskning i gjennom egen jobberfaring og ved deltagelse i seminarer. Tre offentlige rapporter, fra konsulentselskapet Rambøll, Helsedirektoratet og Riksrevisjonen presenterer resultater som bidrar til å belyse mine forskningsspørsmål er også presentert. Jeg søkte etter dokumenter i biblioteket, med søkeord koordinerende enhet og rehabilitering. Jeg fikk ikke treff på litteratur som jeg fant var relevant eller som jeg ikke kjente til fra før. Det er mange flere av de politiske styringsdokumentene som kunne vært tatt med i teksten. Jeg har gjorde et utvalg blant dem jeg fant var mest relevante og valgte å heller beskrive Stortingsmelding 21 og veilederen grundigere.

Janne Breimo skriver om en utvidet forståelse av rehabiliteringsbegrepet i sin doktorgradsavhandling ”Bundet av bistand”. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken som vokste fram på nittitallet var inspirert av et ideologisk skifte i måten å tenke omkring funksjonshemming og samfunn. Rehabilitering slik det beskrives i Stortingsmelding 21 er et overordnet begrep som skal favne alle personer med behov for koordinert bistand for at disse skal nå sine mål uavhengig av hva funksjonsnedsettelsen var forårsaket av. Breimo hevder at ordningen med koordinerende enhet er lite kjent. Tjenestene oppleves å være dårlig samordnet og fragmenterte selv etter tiår med fokus på manglende koordinering. (Breimo 2012, s.1) viser videre til Hansen og Sandvin som stiller spørsmål til om tjenestene er organisert slik at de er rustet til å være i samsvar med det nye helhetlige perspektivet på rehabilitering (Breimo , 2012 s.7). Breimo referer til Nordmann som sier at rehabiliteringsfeltet må konstrueres på nytt for hver enkelt tjenestemottaker og stiller spørsmål til om tjenestene er klare til å imøtekomme kravet om mer skreddersøm rundt den enkelte. Dette at rehabiliteringstilbud må tilpasses enkeltindividet slik Breimo beskriver medfører at det blir vanskelig å studere rehabiliteringsfeltet som organisasjon.. (Breimo, 2012. s.,10) oppsummerer brukernes erfaringer med å være i en rehabiliteringsprosess at de beskriver at det medfører en overbelastning av arbeid og ansvar, de beskriver en fragmentert hverdag og at forhandlinger med ulike tjenesteyter og instanser er utmattende. (Breimo 2012, s. 194). Breimo og Thommesen refererer til O’Toole og beskriver at rehabilitering er et interorganisatorisk felt som vanskeliggjør og kompliserer implementeringsprosessen, dette gir konsekvenser for utøvelse og forvaltningen av virksomheten. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 288). Etablering av koordinerende enhet skjer i knutepunktet mellom politikk, lovgivning og organisasjonstrender. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 295). Rehabiliteringsfeltet er preget av en uklar organisasjonsmessig tilhørighet. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 282). Breimo og Thommesen beskriver at det er tre ulike organisasjonsmåter som er vanlige for å organisere koordinerende enhet. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 291). De tre organisasjonsformene er å organisere koordinerende enhet underlagt en operativ tjenesteenheter som allerede eksisterer, å legge koordinerende enhet under sentralt vedtakskontor, eller å legge koordinerende enhet under et kollegialt team. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 295). I sin doktorgradsavhandling skriver Lunde at kommunene er bygd opp etter generalistprinsippet. (Breimo, 2012, s.11). Noe som betyr at alle kommuner skal ha de samme tilbudene, samtidig som de står fritt til å velge hvordan de vil organisere tjenester og tilbud. Samtidig står kommunene fritt til å velge hvordan de vil utforme og organisere sine tjenester. De nasjonale føringene vektlegger at koordinerende enhet skal være synlig og tilgjengelig og

organiseres slik at det blir et "... knutepunkt for kontakt på området rehabilitering, og et bindeledd mellom utpekte posisjoner ..." (Lunde, 2015 s.121). Bogetun har forsket på organisering av tverrfaglig Re/habilitering i kommunene og har undersøkt kommunelederens syn på koordinerende enhet. I sin masteroppgave "Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester." Hun har intervjuet kommuneledere og konkluderer at de kommunelederne hun har intervjuet har vist liten interesse for koordinerende enhet. Dette har de begrunnet med at koordinerende enhet er en av mange oppgaver de har fått ansvar for, og at kommunene opplever endring i statlig styring som følge av samhandlingsreformen. Selv om koordinerende enhet er lovpålagt oppfattes ikke den statlige styringen som betydningsfull. Ulekleiv har undersøkt innovasjonsarbeid i en kommune med koordinerende enhet som eksempel, Ulekleivs konklusjon var at koordinatorene opplevde lite endringer i sine roller og ikke kjente mye til den nye organisasjonen. (Ulekleiv, 2016, s.). Koordinerende enhet er et organisatorisk verktøy utarbeidet på systemnivå for å forenkle samarbeidet og sikre et sted å melde fra om behov både for tjenesteytere og for brukere. Alle bydelene i Oslo kommune unntatt en hadde opprettet koordinerende enhet i 2012. Enhetene var ulikt organisert. I de fleste bydelene er koordinerende enhet lagt til bestillerenheten. Noen bydeler hadde koordinerende enhet definert til bestemte brukergrupper. (Mørland, 2012, s. 25). I en undersøkelse om individuelle planer i Oslo kommune undersøkte Strand hvordan de individuelle planene ble ivaretatt av koordinerende enhet. Hun fant at de koordinerende enhetene mangler tilstrekkelig forankring og at samarbeidet preges av ulik forståelse av rehabiliteringsprosessen. (Strand, 2016). Plassering av enhetene og informasjon om enhetene gir synlighet til enkelte grupper, men de kan ekskludere andre grupper av brukere og samarbeidspartnere. Grue og Rua undersøkte utfordringer som unge mennesker som har et koordineringsbehov står overfor ved overgangen til voksenlivet. Informanter i undersøkelsen er brukere og ledere av koordinerende enheter. Grue og Rua avdekket at det er stor variasjon i måten koordinerende enheter organisert og hvordan overgangen mellom barnehabilitering og voksenhabilitering håndteres, (Grue & Rua, 2010 s. 50). Flertallet av lederne som har vært informanter i Grue og Ruas undersøkelse har gitt uttrykk for at kvaliteten på tjenesten vil ha betydning for hvordan ungdommene takler overgangen til voksenlivet. Informantene rapporterte om et misforhold mellom arbeidsoppgavene og ansvarsforholdet i det kommunale systemet hvor koordinerende enhet hadde lite reell makt. Grue og Rua konkluderte med at tjenesten koordinerende enhet burde forankres høyere i organisasjonshierarkiet og de foreslo konkret en mulig modell med å legge ledelsen av tjenesten i stabsfunksjon rett under rådmannsfunksjonen. (Grue & Rua 2010, s.52).

2.2 Rambøllrapporten, Perspektiver på god praksis.

Rambøllundersøkelsen ”Perspektiver på god praksis” fra 2010 identifiserer faktorer og rammebetingelser som har betydning for å sikre god koordinering. Koordinerende enhet bør ha en organisasjonsform som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas. Enheten må være synlig og lett å komme i kontakt med både for brukere og samarbeidspartnere, den må derfor plasseres høyt i organisasjonen, det anbefales å organisere koordinerende enhet på Rådmannsnivå. Oslo kommune har en noe annen styringsform. Der er det Bydelsdirektørene som tilsvarer rådmenn i kommunene. Rapporten anbefalte å nedfelle koordinerende enhet og koordinerende enhets oppgaver i kommunens planverk og at det skulle være omtalt i kommunens informasjonsmateriell og kvalitetssystem. Forutsigbare møtepunkter og samarbeidsstrukturer var viktig og må sikres uavhengig av organisering. Rambøllrapporten skriver om tre former for å organisere koordinerende enhet i kommunene: organisert som egen enhet, som et fast tverrfaglig team, eller gjennom ordinær virksomhet. (Helsedirektoratet, Rambøll., 2011) Dette tilsvarer den samme organiseringen som Breimo og Thommesen har beskrevet (Breimo & Thommesen, 2012, s. 291).

2.3 Temaheftet ”Koordinerende enheter binder tjenestene sammen”

Temaheftet ble laget etter at Helsedirektoratet i 2010 arrangerte ni regionale konferanser med utveksling av erfaringer og formidling av nasjonale føringer. Det gis et bilde av muligheter og utfordringer i det videre utviklingsarbeidet sett fra praksisstedenes ståsted, og det gis praksiseksempel fra noen av kommunene som deltok på de regionale konferansene. I tillegg til praksiseksemplene formidles en oppsummering av skriftlige tilbakemeldinger fra deltakere på de regionale konferansene. Konstituert helsedirektør Bjørn Guldvog skriver i forordet til heftet at tilbakemeldingene gir ”... viktige innspill til videre arbeid og prioriteringer i feltet.” I oppsummeringen av svarene fra deltakerne ble det presentert flere sentrale funn: Konferansedeltakerne har svart at manglende kjennskap til koordinerende enhet og koordinerende enhets oppgaver var en utfordring. Temaheftet presiserte anbefalingen om å organisere koordinerende enhet slik at enheten blir synlig. Oppsummeringen gjentok anbefalingen fra Rambøllrapporten om å forankre enheten på rådmannsnivå og gjerne også

forankre enheten politisk. En sentral utfordring som trekkes fram er at koordinerende enheter har en rolle på tvers av fag og sektorer, og at det derfor er viktig at koordinerende enhet sikres god lederforankring. Det ble anbefalt at det utarbeides stillingsinstrukser og prosedyrer med konkrete beskrivelser av arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Det ble presentert at utfordringene var knyttet til manglende avklaring av myndighet, rolle og ansvar for koordinerende enhet. At kommunene ikke har innsett sitt ansvar. Deltakerne mente at det kan herske en form for beslutningsvegving når det gjelder etablering av koordinerende enhet. Habilitering og rehabilitering må løftes fram og gis økt status i relevante fagmiljøer. Også andre sektorer må delta i rehabiliteringsarbeid, sektorer som NAV og opplæring ble nevnt. Konferansedeltakerne meldte bekymring for fagpersoners vilje til å påta seg koordineringsoppgaver. De trakk fram at koordinatorene trenger oppfølging for å sikre stabilitet. Spørsmål om brukermedvirkning ble belyst og eksemplifisert fra konferansedeltakerne med at det er viktig at fokuset flyttes over til brukeres egne rehabiliteringsprosesser, at bruker selv skal ha stor innflytelse og lage sine egne mål. Brukere skal møtes med respekt, og ivaretagelse av pårørende er viktig. Konferansedeltakerne foreslo å oppnevne brukerrepresentanter, innhente brukernes erfaringer og kunnskap, samarbeide med brukerorganisasjoner og invitere brukerorganisasjoner som samarbeidspartnere fra konferansedeltakerne. (Helsedirektoratet 2010).

2.4 Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten.

Riksrevisjonen påpeker i rapporten at det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet fortsatt følger opp arbeidet for å sikre at koordinerende enhet blir et effektivt samarbeidsverktøy. I rapporten vises det til at Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at Helsedirektoratet over tid har arbeidet intensivt med å følge opp bestemmelsen om etablering av koordinerende enhet, og at det nå er et lovbestemt krav. I rapporten fra 2011 ble det oppgitt at 77% av kommunene hadde en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Riksrevisjonen avdekket en utfordring i flere kommuner ved at koordinerende enhet ble opprettet uten at enhetene fikk tildelt ressurser. Noen kommuner har lagt koordinerende enhets funksjon til enkeltpersoner, noe som ble oppfattet å være sårbart. Riksrevisjonen viser til at kommuner som oppgir å prioritere rehabilitering høyt i større grad har opprettet koordinerende enhet. Riksrevisjonen rapporterte om misforhold mellom ansvar og arbeidsoppgaver i relasjon til reell makt i det kommunale systemet. Også denne rapporten anbefaler å forankre

koordinerende enhet høyere opp i den kommunale administrasjonen, konkret ble det også i denne rapporten foreslått at koordinerende enhet legges i stabsfunksjon under rådmannen. Graden av synlighet og tilgjengelighet av koordinerende enhet i kommunene er varierende. I rapporten ble det påpekt at det var vanskelig å finne informasjon om koordinerende enhet på internett hos flere av kommunene. Dette medfører at koordinerende enhet er usynlig og lite tilgjengelig og dermed vanskelig å finne fram til for tjenestemottakere og deres hjelpere som trenger å komme i kontakt med koordinerende enhet for å få bistand eller informasjon. Rapporten har en begrensning ved at den bare belyser forhold innen helsesektoren. Eksempelvis er det ikke tatt med noe om arbeidsrettet rehabilitering, eller forhold fra undervisningssektoren. (Riksrevisjonen 2011, 2012)

2.5. Rehabiliteringsteori

Fokuset i oppgaven er på koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i bydelene i Oslo kommune. Jeg vil sette dette inn i en teoretisk sammenheng med å beskrive en nyere forståelse av rehabilitering og jeg vil relatere det til sammenhengen med det som beskrives som et sosialt vendepunkt innen rehabilitering. Koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering skal sikre tilbud til personer som er i en rehabiliteringsprosess. Rehabilitering er koordinering av innsatsene og samhandling mellom aktører for å støtte individuelle prosesser. (Sandvin, 2012, s. 63). Rehabilitering beskrives i Stortingsmeldingen som en planmessig prosess som hvor flere personer samarbeider om å bistå de personene som er i rehabiliteringsprosesser med å oppnå et selvstendig liv som gir mulighet til deltagelse.. Det er enkeltpersoner og deres ulike livssituasjoner som er det viktige i rehabilitering, og i et moderne, komplekst, samfunn er det mange faktorer som spiller sammen. (St.meld nr. 21.(1998-99)). Formålet med rehabilitering er å sikre et meningsfylt og selvstendig liv. Å sikre stolthet og verdighet er sentralt. ”... rehabilitation professionals could engage in a process of infusing people with pride and dignity, encouraging them to see themselves as equal to other people; not denying their differences, but making difference not matter” (Hammel, 2006, s. 50). Rehabiliteringsbegrepet er mangefasettert, det er ikke en enkelt tjeneste eller tiltak men en samordning av flere tjenester som må spille sammen. Det er den enkelte brukers rehabiliteringsprosess som er viktig og det er individuelle behov som må fokuseres på. Sørensen skriver om behovet for tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid . Hun knytter dette til at brukeren har et mangefasettert behov i rehabiliteringsprosessen og at det

derfor kreves fleksible tverrfaglige og tverrsektorielle løsninger. (Sørensen, 2016, s. 128). Rehabilitering innebærer stor grad av skreddersøm og ivaretagelse av enkeltpersoner individuelle behov. Hammel skriver at en bevisstgjøring av livssituasjonen er like viktig som opptrening, hun bruker skreddersømbegrepet for å beskrive viktigheten av individuelle tilpasninger i rehabiliteringsprosesser. "Rehabilitation by definition is a process of enabling someone to live well with impairment in the context of his or her environment, and as such, inquires a complex, individually tailored approach". (Hammel, 2006 s. 8).

WHOS system for klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse: International Classification of Functioning. (ICF) ble presentert i 2001. Det sosiale vendepunktet i rehabilitering samsvarer med ICF og med stortingsmelding 21, som ble presentert i 1998, noen få år før ICF. De ulike elementene påvirker hverandre i et komplekst system og at funksjonsnedsettelsen påvirkes av konteksten. Det sosiale vendepunktet i rehabilitering handler om en utvidet forståelse av rehabiliteringsbegrepet. I den moderne forståelsen av rehabilitering er man opptatt av sammenhengen mellom hvordan ulike elementer påvirkes av hverandre i et komplekst system, og hvordan funksjonsevnen hos personen påvirkes av konteksten. Det er den enkeltes livssituasjon som er i fokus mer enn generelle behov hos personer med tilsvarende diagnoser. ICF representerer en biopsykososial modell som har utviklet et begrepsapparat som viser at personers funksjonsevne er sammensatt. Egenskaper ved personen selv men også faktorer i omgivelsene, er av betydning for personers funksjon. ICF er ikke et diagnosesystem men et system som gir en helhetlig beskrivelse av funksjonsnivå. (Østensjø & Sjøberg, 2012, s.299). I "Letter to the editor" skriver Reinhardt at ICFs presenterer at forståelsen av rehabilitering er en vitenskapelig revolusjon, et paradigmeskifte. (Reinhardt, 2011, 271), ICF forener den individuelle medisinske modellen og den sosiale modellen i en biopsykososial modell. Personer med samme helsemessige utfordringer kan ha helt ulike utfordringer ved at faktorene i omgivelsene og faktorer og egenskaper ved personene selv er ulike. Reinhardt bruker puslespill som en metafor og beskriver at det fortsatt er mange brikker som skal samles og pusles sammen. Stortingsmelding 21 kom i samme tidsperiode som ICF og ga en definisjon på rehabilitering som også viser at rehabilitering er mer enn de medisinske forholdene. Stortingsmelding 21 innevarslet en ny rehabiliteringskontekst (Sandvin, 2012 s. 54). Det beskrives at rehabilitering innebærer en funksjonsforbedring med fokus på enkeltmenneskers ressurser og hvor helhetlige tverrfaglige tilnærminger skal vektlegges. Det skal tas hensyn til både medisinske, sosiale, og psykososiale forhold. Det sosiale vendepunktet som beskriver et mer helhetlig syn

på rehabilitering handler det om å dreie interessen for kroppens patologi over mot å arbeide for å minimere utestengning og undertrykkelse for å øke deltakelse og handlingsrom (Solvang 2012, s. 76). Hammel beskriver at funksjonshemmede diskrimineres ved at samfunnet ikke er gjort tilgjengelig for dem, Hun beskriver en endring fra å se på rehabilitering som en individualistisk medisinsk modell til en sosialpolitisk modell.(Hammel, 2006 s. 60),

Artikkelen ”The rehabilitation research matrix: Producing knowledge at micro, meso and macro levels.” (Solvang, Hanish & Reinhardt, 2016) viser sosial organisering av rehabilitering og vitenskapelige disipliner som bidrar til kunnskapsutvikling i rehabilitering. Artikkelen tar i bruk et analytisk rammeverk som viser kompleksiteten i rehabilitering. Rammeverket har en sosiologisk bakgrunn for forståelsen av rehabilitering, det viser sammenhengen mellom individer, samfunnsinstitusjoner og samfunnet. Relasjonen mellom individ og samfunn beskriver bredden i rehabilitering. Forfatterne har utarbeidet en matrise med 3x3 ruter som viser en relasjonell struktur. Horisontale ruter representerer aktørgruppene; brukere, fagpersoner og myndighetene. Mens de vertikale rutene beskriver mikro-, meso- og makronivå. Hver av de ni cellene representerer hvert sitt kunnskapsområde som er relevant for rehabilitering. I matrisen er hver celle like viktig i sammenhengen. Ved å kombinere nivåene tjenestemottakere, fagpersoner og myndighetens politiske avgjørelser som er relevante i rehabiliteringsprosessene og i personenes liv. Relasjonen mellom individet og samfunnet er av stor betydning i forståelsen av rehabilitering. Artikkelen forsøker å få fram hvordan ulike sammenhenger kan utvise et holistisk syn på rehabilitering og rehabiliteringsforskning settes inn i en større ramme. Matrisen tydeliggjør en sammenheng i de ulike aktørgruppens roller i rehabiliteringsfeltet, brukere, fagpersoner og offentlige myndigheter spiller en rolle. På mikronivået handler det om at myndighetene formulerer forventninger rettet mot enkeltindivider, samtidig som myndighetene påvirker organisatoriske forhold på meso- og makronivå. Forfatterne beskriver at noen nyanser kan være vanskelig å få tydeliggjort i et slikt rutenett. Rehabilitering kan være så sammensatt at ikke alt passer inn i en av de ni kategoriene i det beskrevne rutenettet, og det kan oppstå situasjonen med overlapping mellom nivåene. I artikkelen gis det et eksempel på dette med betydningen av pårørendes deltagelse og bistand i saker angående barn, eller mennesker med utviklingshemming som trenger noen til å assistere dem når det gjelder å ta viktige valg. Modellen viser hvordan ulike elementer henger sammen og det tverrfaglige i rehabilitering. Den tydeliggjør et holistisk og interdisiplinært perspektiv på rehabilitering og belyser kompleksiteten i en forståelse av rehabilitering i et holistisk biopsykososialt rammeverk for å forbedre menneskers mulighet for økt funksjon og deltakelse, velvære og å oppleve det gode

liv. Rehabilitering i sitt vesen er flerdisiplinær og sammensatt, feltet er avhengig av en tverrfaglig tilnærming, det er ikke et enkelt tjenesteområde som kan levere rehabiliteringsløsninger alene. Artikkelen viser hvordan den sammensatte sammenhengen mellom ulike aktører kan bidra til et holistisk, helhetlig perspektiv på rehabilitering. Forfatterne hevder at det er nødvendig også å ha med meso-nivået for å få fram denne forståelsen, og de skriver at ICF-modellen ikke viser en klar forståelse av meso-nivået. Rehabiliteringsmatrisen gir et rammeverk som inkluderer perspektiver i disabilitystudier inn i rehabilitering ved at den systematiserer den individuelle livsverden, profesjonell tjenesteproduksjon og kulturelle normer. Forfatterne viser til Hammel som i sin bok «Perspectives on Disability and Rehabilitation» har påpekt viktigheten av disability studies. Hammel viser til at fagpersoner som arbeider på mikronivå ikke bare skal engasjere seg i de terapeutiske prosessene, men også rådgi brukerne for at de skal kunne leve et godt liv. På makronivå oppfordrer Hammel fagpersoner til å engasjere seg i politiske spørsmål. Figuren som er hentet fra artikkelen: ”The rehabilitation research matrix: Producing knowledge at micro, meso and macro levels”. viser hvordan forfatterne har satt opp matriksen:

Table 1. Matrix of key agents and level of society in rehabilitation:

	Individuals experiencing disabilities	Professionals	Governmental authorities
Micro	Making life-world decisions relevant to rehabilitation. 1	Targeting of clients' level of functioning, participation and well being. 2	Expecting active care for own health and strong work ethic. 3
Meso	Acting as service user representatives. 4	Organizing hospitals, local rehabilitation units and rehabilitations chains. 5	Promoting efficient and accessible services. 6
Macro	Associations acting as advisory bodies and pressure groups. 7	Professional associations negotiating jurisdiction. 8	Securing democratic foundation of policy formation and just distribution of services. 9

Table 2. Examples of key research questions relevant to rehabilitation, organized in a matrix of agents and levels of social structure.

	Individuals	Professionals	Governmental authorities
Micro	What is important when living with functioning problems and how is the experience narrated? 1	What works (in therapy) and why does it work? 2	How do government policies and power relations frame individual behavior for example through social norms? 3
Meso	How do individuals and service user groups experience rehabilitation systems and their impact on quality of life? 4	Why organizational designs and systems improve the effectiveness and efficiency of services? 5	How do alternative government politics affect service provision? 6
Macro	How does disability organizations "lobbying" take place? 7	How do various professional organizations relate to each other in terms of alliances and power struggles? 8	What are the sociocultural and legal foundations for policy formation and distribution of services? 9

Mitt arbeid i oppgaven kan rammes inn i rutene 5 og 6. Jeg har spurt fagpersoner, dvs. medlemmer i nettverket for koordinerende enhet, om hvilke erfaringer de har gjort seg i arbeidet med å ivareta føringen som veilederen beskriver. Og jeg har undersøkt hvilke muligheter og utfordringer de forteller om. Jeg støtter meg til politiske styringsdokumenter. Dette er spørsmål som fokuserer på organisasjonsform og tilhører mesonivået i matriksen. Jeg har ikke inkludert brukere i min undersøkelse. Kanskje skulle jeg ha undersøkt hvordan brukerrepresentanter forventer og tror at føringene fra veilederen kan påvirke deres livskvalitet. (rute 4) men jeg håper at mine funn og fokus i oppgaven likevel vil bidra til forbedrede tjenestene til brukerne.

2.6 Institusjonell etnografi.

Institusjonell etnografi formidler en forståelse av at mennesker er grunnleggende sosiale objekter som samhandler med omgivelsene, og dette gir mulighet for å lære av folk om deres virksomhet, (Widerberg, 2015, s.15). Det gir et grunnlag for å studere mennesker slik de selv erfarer verden. Metoden kan illustrere organisasjoner eller felt med uklar struktur, eller hvor det er uklart hvor organisasjonens grenser befinner seg. (Breimo 2015, s. 98). Man studerer altså ikke menneskene som blir intervjuet, men har dem og deres hverdagslivserfaringer fra praksisfeltet som utgangspunkt for videre undersøkelser. Informanten betraktes som kunnskapshavere. Institusjonell etnografi viser hvordan erfaringer i dagliglivet og i arbeidshverdagen kjedes sammen med institusjonelle forhold eller styringsrelasjoner." I boka

En invitasjon til institusjonell etnografi” skriver Widerberg «Samfunnet er jo rett foran nesa på oss og vår oppgave er bare å løfte frem trekk og forhold som ikke har vært synliggjort tidligere.....” (Widerberg, 2015 s. 13) Sosiologen Dorothy Smith har vært sentral i å utvikle denne teoretiske retningen. Hun har hatt stor innflytelse spesielt innenfor feministisk sosiologisk teori. Institusjonell etnografi kan betegnes som ”..a method of inquiry..”. (Widerberg, 2015, s 14). Utgangspunktet skal være personenes liv og levde erfaringer. Institusjonell etnografi viser hvordan makroforhold kommer til syne og er koblet til hverdagslivet, og hvordan erfaringer i det daglige, både i hverdagslivet og i arbeidslivet kjedes sammen med institusjonelle forhold eller styringsrelasjoner. Det viser hvordan mennesker blir berørt av institusjonelle erfaringer og det tas utgangspunkt i deres egne erfaringer. (Breimo, 2015, s.81.). Institusjonell etnografi er basert på ideen om at sosiale prosesser bør forstås i den sosiale og kulturelle konteksten de inngår i. (Widerberg, 2015 s. 20). Institusjonell etnografi gir en fortolkning om den fortolkningen som informantene selv har gjort om verden. (Breimo, 2015, s. 97.) Breimo skriver i sin doktorgradsavhandling at ”Forskerens egen rolle i kunnskapsproduksjonen vil alltid være en fortolkning av den fortolkningen som informanten allerede har gjort om sin verden” . Institusjonell etnografi tydeliggjør hvem sine erfaringer det tas utgangspunkt i. ”Det er imidlertid ikke disse personene som er objektet for undersøkelsen. Menneskene som intervjues er ikke et utvalg av en populasjon, de er subjekter som kan fortelle om sin arbeidskunnskap.” (Breimo 2012, s. 61). I doktorgradsavhandlingen skriver Breimo om hvordan også tekster er blitt en større del av institusjonell etnografi. Dette skjer ved å granske hvordan tekster koordinerer menneskelige handlinger. Det at vi i større grad forholder oss til tekster blir derfor et viktig utgangspunkt for etnografisk undersøkelse. (Breimo 2012, s. 63). Institusjonell etnografi har gitt meg et verktøy til å gjennomføre forskningsarbeidet. Jeg har tatt utgangspunkt i det mine informanter har formidlet til meg og jeg har brukt et politisk styringsdokument som hjelpetekst. Ved at jeg har samlet medlemmene i nettverksgruppen for koordinerende enheter i Oslo kommune og gjennomført to gruppeintervju. Intervjuene har skjedd i sammenheng med at de deltar i dette forumet der de møter kollegaer som har samme arbeidsoppgaver. Koordinerende enhet er et virksomhetsområde som er preget av uklar struktur og ulike organisasjonsformer. Det er gitt føringer fra myndighetene gjennom beskrivelser av oppgaver og føringer for koordinerende enhet slik de framkommer i veilederen. Føringerne og oppgavene tolkes på ulike måter og koordinerende enhet blir organisert ulikt. Selv om Oslo er en kommune er bydelene ulikt organisert og denne ulike organiseringen påvirker mine funn. Ved at informantene representerer flere bydeler fra områder i Oslo som er ulike med tanke på

politisk styring, befolkningssammensetning og sosioøkonomiske forhold som gir ulike utfordringer har jeg lært om deres egne praksiserfaringer om hvordan de opplever å jobbe i koordinerende enhet.

2..7 Organisasjonsteori.

Kommunene er en viktig del av samfunnsstrukturen, Den offentlige forvaltningen er en viktig del av det moderne demokratiet. Det er gjennom møtet med offentlige organer at innbyggerne er i kontakt med offentlige myndigheter. (Fimreite & Grindheim., 2009). Myndighetene sender ut dokumenter som gir direktiver og føringer for hvordan lovpålagte og forskriftsfestede oppgaver skal utføres. Politiske styringsdokumenter utgjør en viktig del av oppgaven da de viser sammenhengen i de organisatoriske forholdene. Det er koordinerende enhet på kommunenivå som er mitt fokus. Rehabiliteringsprosesser på kommunenivå er mer omfattende enn rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, ved at det er prosesser over lang tid som skjer der brukeren bor og har hverdagen sin. Andre områder enn helse vil også være av større betydning i rehabiliteringsprosessen i brukernes hjemmemiljø enn i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på andre områder som er viktige i rehabiliteringsprosesser er økonomiske forhold, boligsituasjonen, familiens situasjon, NAV, utdanningssektoren og arbeidslivet. Koordinerende enhet er styrt av lover og politiske bestemmelser. Dette påvirker hvordan fagpersonene utfører tjenesten og som så påvirker tilbudene til personene som mottar tjenestene. Rehabilitering er et felt som er innvevd i et politisk og samfunnsmessig nettverk. Jeg har benyttet mange tekster fra politiske styringsdokumenter, og spesielt brukt veilederens beskrivelse av oppgavene som tillegges koordinerende enheter som tekst i mitt arbeid hvor jeg undersøker praksiserfaringer fra å arbeide i koordinerende enheter på kommunenivå. Jeg etterspør hvordan informantene selv erfarer at de imøtekommer føringer og oppgaver som er beskrevet i styringsdokumentet som beskriver koordinerende enhet., Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veilederen har kommet i flere utgaver og jeg har tatt utgangspunkt i veilederen som kom ut i 2015. Veilederen er web-basert og jeg undersøkte den seneste utgaven som er datert 06.07.17 uten at jeg fant endring i teksten som omhandler koordinerende enhet.

Organisasjonsteorien gir en beskrivelse av strukturene i samfunnsorganiseringen. Jeg ønsker å vise sammenhengen mellom styringen fra myndighetene og hvordan dette oppleves i en praksishverdag. Det er informantenes beskrivelser av sine praksiserfaringer som er grunnlaget

for min forskning. Den offentlige forvaltningen styres av overordnede politiske bestemmelser. Offentlige organisasjoner er deler av samfunnets politiske organisering. Styringsverkets organisering gir en forståelse for innholdet i den offentlige politikken, og for myndighetenes beslutninger. De offentlige organisasjonene er innvevd i et komplekst politisk og samfunnsmessig nettverk som påvirker borgere/brukere og fagpersoner. Den organisasjonsmessige konteksten påvirker beslutningstakerne. Dette påvirkes av styringsdokumenter som er utviklet fra statlige myndigheter. Det er nødvendig med en organisering for å sikre et velfungerende samfunnsliv. Organisering er et spørsmål om prioritering og oppmerksomhet. Og den organisasjonsmessige konteksten påvirker beslutningstakerne og fagpersonene i organisasjonene. Det er nødvendig å ta hensyn til konteksten i organisasjonene. (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik, 2015, s. 219). Offentlig forvaltning er en viktig del av det moderne norske demokratiet. (Fimreite & Grindheim 2009). Fimreite og Grindheim viser til SSBs definisjon av offentlige forvaltningsorganer som: ”Juridiske personer som er stiftet ved en prosess og har lovgivende, rettslig eller utøvende over andre institusjonelle enheter innenfor et avgrenset område. Rettsgrunnlaget for saksbehandlingen i offentlig forvaltning ligger i lover, forskrifter rundskriv veiledere og lignende. (Fimreite, & Grindheim, 2009,s. 69) Offentlige organisasjoner skal utføre oppgaver på vegne av samfunnet og organisasjoner kan derfor oppfattes som redskaper for å oppnå mål som er viktige i samfunnet. Innbyggerne er i kontakt med offentlige myndigheter gjennom møtet med offentlige organer. Det er forvaltningsloven som stiller bestemte og detaljerte krav til offentlige myndighetsutøvere for å sikre at den skjønsmessige utøvelsen av de offentlige oppgavene skal bli så ensartet som mulig. Departementene er politiske og administrative institusjoner som befinner seg i et spenningsfelt mellom det politiske systemet, forvaltningen og samfunnsutviklingen. Hovedoppgaven til departementene er å forberede saker som skal behandles i statsråd og utøve selvstendig myndighet ved å gi forskrifter og treffe enkeltvedtak. Departementene skal også planlegge, instruere og kontrollere virksomheten i underordnede forvaltningsoppgaver. (Fimreite, & Grindheim, 2009, s. 92) Direktoratene og tilsynene er spesialiserte statsorganer som jobber på instruks eller fullmakt fra overordnede departementer uten at de er del av departementene. Direktoratene er ikke underlagt stortinget og lederne i direktoratene er vanlig ansatt og fortsetter selv om det blir endringer i Stortingets og departementenes sammensetning. Gjennom stortingsmeldingene signaliserer Regjeringen hvilken politikk den ønsker å føre på enkeltområdene. (Fimreite, & Grindheim, 2009,s. 41) Rettsgrunnlaget for den offentlige forvaltningen finnes i lover, forskrifter, rundskriv, instruks, veiledere og

lignende. (Fimreite, & Grindheim, 2009, s. 69). Det meste av tjenesteproduksjonen i offentlig forvaltning finner sted på kommunenivå, som er det laveste nivået i det norske styringssystemet, Grindheim og Fimreite skriver at ”kommunene er velferdsstaten i funksjon”. (Fimreite, & Grindheim, 2009, s. 117). Norge har en sterkt kommunal forvaltning. Kommunene er iverksettingsorganene for den statlige virksomheten. De dominerende feltene i de kommunale oppgavene er innen utdanning, helse og sosiale tjenester. (Fimreite, & Grindheim, 2009, s. 124). Ivaretagelse av de rettslige forpliktelsene skjer ved lover som er utformet som rettslige krav som binder kommunene. Det er statlig kontroll og tilsynsordninger kombinert med lovene som skal sikre innbyggernes rettigheter. (Fimreite & Grindheim, 2009 s. 144) Kommunene er bygd opp etter generalistprinsippet som betyr at alle kommuner skal ha de samme tilbudene, samtidig som kommunene står fritt til å velge hvordan de vil organisere tjenester og tilbud. Frihet, deltagelse, effektivitet og likhet nevnes som fire verdier som er særlig fremtredende i det lokale styret. (Fimreite, & Grindheim, 2009, s. 123). Det at kommunene selv står fritt til å velge hvordan de vil organisere tjenestene sine betyr at de kan velge hvordan de vil organisere rehabiliteringstjenesten generelt og koordinerende enhet spesielt. Bogetun har i sin masteroppgave ”Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester.” beskrevet hvordan flere av kommunelederne hun intervjuet hadde valgt å ikke prioritere arbeid med koordinerende enhet. Dette ble forklart ved at informantene hadde ulik oppfatning av den statlige styringen (Bogetun, 2014, s. 51). Oslo kommune har en noe annen styreform enn de fleste andre norske kommuner. I likhet med Bergen og Tromsø har Oslo innført en parlamentaristisk styreform. (Fimreite & Grindheim, 2009, s. 18). Oslo skiller seg også fra de andre kommunene i landet ved at det er både en by og et fylke. Kommunen er delt i femten bydeler,. Bydelen har et todelt styringssystem, med bydelsutvalg som er politisk valgt i bydelen, men de også underlagt politisk styre gjennom byrådet i Oslo. hver bydel er delegert myndighet etter helse og omsorgstjenesteloven og har myndighet til å utforme sin organisasjon. (Mørland 2012, s. 13.). Mørland har undersøkt rehabiliteringstilbudet i kommunen og funnet at rehabiliteringstilbudene i kommunen er organisert og dimensjonert på ulike måter. Hans undersøkelse er laget i 2011, som var før fagnettverket for koordinerende enhet ble opprettet.

2.8. Presentasjon av politiske styringsdokumenter.

Jeg vil beskrive sentrale styringsdokumenter som er av betydning for å forstå hvilken plass koordinerende enhet har i den offentlige forvaltningen. Jeg har valgt ut styringsdokumentene for å gi en bakgrunnsforståelse, og et historisk tilbakeblikk av utviklingen av koordinerende enhet. Dette viser en historisk sammenheng i utviklingen av en biopsykososial forståelse av rehabilitering. Koordinerende enhet er fundert på føringene som springer ut fra styringsdokumentene, og de er derfor viktige bakgrunnsdokumenter for å finne svar på forskningsspørsmålet. Jeg gjort et utvalg av sentrale politiske styringsdokumenter som jeg presenterer. Dokumentene er fra en periode på over tredve år, fra tiden da rehabilitering første gang kom inn i kommunehelseloven i 1982, som en av fire lovpålagte tjenester i helselovgivningen i 1982 til og med opptrappingsplanen for rehabilitering som ble lagt fram i oktober 2016. Stortingsmelding 21, Ansvar og meistring; rehabiliteringsmeldinga og Veileder om rehabilitering habilitering individuell plan og koordinator fra 2015 er de mest sentrale dokumentene i min framstilling og disse har derfor fått en mer omfattende beskrivelse. Veilederen blir hoveddokumentet i min undersøkelse. Veilederens forståelse av rehabilitering bygger på forståelsen av rehabilitering i Stortingsmelding 21, og oppgavene som beskrives tillagt koordinerende enhet er utgangspunktet for analysen og drøfting av funnene. Problemstillingen omhandler oppgaver og føringer som veilederen tillegger koordinerende enhet. Jeg har satt dokumentene opp i en kronologisk rekkefølge.

2.8.1 Politiske styringsdokumenter før Stortingsmelding 21.

Kommunehelseloven fra 1982 og Veileder for medisinsk rehabilitering, -91 er fra før ICF og stortingsmelding 21 var publisert. Rehabilitering ble omtalt som medisinsk attføring i Kommunehelseloven fra 1982 og som medisinsk rehabilitering i Veilederen fra 1991. I kommunehelseloven av 1982 ble medisinsk attføring lovpålagt som en av fire kommunale tjenester, begrepet ble siden byttet til medisinsk rehabilitering. Lunde skriver at det ble anbefalt å bytte til å bruke begrepene ”habilitering og rehabilitering” i Stortingsmelding 36, 1989-90, for å få et tydeligere skille fra yrkesmessig attføring, og for å kunne benytte samme begrepsbruk i kommunene som i andrelinjetjenesten. Attføringsbegrepet ble erstattet i helsedirektoratets veileder 3-91, ”Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering (IK-2360) (Lunde, 2015 s. 29 og 30). I veilederen fra 91 ble det presisert at

”...kommunehelsetjenesten hadde ”basisansvar” for medisinsk rehabilitering...”. I den samme veilederen fra ble det påpekt at fagområdet rehabilitering var tilfeldig og lite samordnet i flere kommuner. Det medførte at brukere ble fanget opp av systemet for sent, det ble anbefalt å legge ansvar for organisering av virksomheten til et fagkontor eller en administrativ enhet. Veilederen, 91, har en liste med oppgaver som ikke er ulik den listen som er i nåværende veileder. Lista beskriver at enheten skal ha ansvar for å motta henvendelser fra brukere og andre og være kontaktinstans for fra spesialisthelsetjenesten. Videre skulle enheten ha ansvar for å registrere behov i kommunene og sørge for tilbud til enkeltbrukere. Utarbeide plan for rehabilitering og bidra med kompetanseutvikling og opplæring. Det var også tillagt budsjettansvar for en oppgitt post i kommunebudsjettet. (Helsedirektoratet, 1991 s. 37 og 38).

2.8.2 Stortingsmelding 21, 1998-99, Rehabiliteringsmeldingen.

Stortingsmelding 21, 1998-99 hadde undertittel ”Ansvar og meistring Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk” og kalles rehabiliteringsmeldinga. Stortingsmeldinga utgjør et paradigmeskifte i forståelsen av rehabilitering, dette er knyttet til den sosiale modellen for rehabilitering. Den sosiale modellen for rehabilitering er nærmere beskrevet i teorikapittelet. Stortingsmelding 21 varslet en endring i forståelsen av rehabilitering. Stortingsmeldinga ga en definisjon på rehabilitering som fortsatt er gjeldende.

Tidsavgrensa, planlagde, prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukarens eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet. (Stortingsmelding 21, (1998-99), kapittel 2)

Stortingsmelding 21 varslet en endring i forståelsen av rehabilitering. Lunde viser til Normann et al, 2008 at det var første gang Stortinget behandlet rehabilitering som et samlet virksomhetsområde da rehabiliteringsmeldingen ble lagt fram i 1999. (Lunde, 2015. s. 31). Innledningsvis i Stortingsmeldingen slås det fast at rehabiliteringstilbudet har vært preget av manglende planlegging og for lite medvirkning av brukerne selv. (Lunde, 2015, s. 5). Rehabiliteringsmeldingen er et ledd i regjeringens arbeid for å bedre kvaliteten, sikre mer

rasjonell drift og organisering og et sterkere fokus på brukerne. Meldinga omhandler den generelle rehabiliteringspolitikken, og fokuserer ikke på tilbud til enkeltgrupper. Stortingsmeldingen påpeker betydningen av kommunenes rolle i rehabiliteringsarbeidet og at det er kommunene som skal ha hovedansvaret for den koordinerende rollen i rehabiliteringsarbeidet. (Lunde 2015, s. 32). Velferdspolitikken skal ha som mål å ha omsorg for hele mennesket, politikken bygger på respekten for det enkelte mennesket. (Lunde, 2015. s. 34). Målet med Stortingsmelding 21 var å fremme selvstendighet og deltagelse og medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Målsetting med rehabiliteringsmeldingen er å sikre at ulike tiltak trekkes i samme retning, I st.m. 21 står det en opplisting av ”tilrådinger”, anbefalinger: om rehabilitering i kommunene som beskriver den kommunale koordineringsfunksjonen.

Det første punktet lyder:

”Legge til rette for at kommunar etablerer koordineringsfunksjoner for rehabilitering, som mellom anna skal være pådriver for rehabilitering, både internt i kommunen, i forhold til spesialisthelsetjenesten og i høve til trygde- og arbeidsmarknadsetaten”.

(Arbeidsmarknadsetaten er nå NAV, min kommentar). (Stortingsmelding 21, s.8)

I kapittel 2, om rehabiliteringsfeltet stadfestes det at rehabilitering må sees på som noe annet enn behandling. Det er funksjonsforbedring, med fokus på den enkeltes ressurser og på helhetlige tverrfaglige tilnærminger som skal vektlegges. Videre at rehabilitering er en prosess og ikke enkeltstående tiltak. At det er først når flere tiltak og aktører spiller sammen på en planlagt måte at det kan kalles rehabiliteringstiltak. Stortingsmeldingen beskriver at den definisjonen er valgt for å understreke at rehabilitering forutsetter en plan for den enkelte, at brukeren selv er sentral og aktiv i prosessen og at det er konkrete målsettinger for rehabiliteringsprosessen. Det er vanskelig å avgrense målgruppene for rehabilitering på en presis måte, medisinske diagnoser bare gir et holdepunkt. Fokuset vil være på funksjonsnivå og potensiale, og ikke på medisinske diagnoser. Variasjonene innenfor en diagnosegruppe vil være store og behovene vil være avhengige av situasjonen, av forhold hos enkeltindividet eller i omgivelsene. Hovedutfordringen innen rehabiliteringsfeltet beskrives å være at det er for liten grad av brukermedvirkning. Andre utfordringer som beskrives er mangel på systematikk og helhetstenkning. Mangel på sammenheng i tiltakskjeder og nettverk. Forskjellene kommunene imellom er store. Rehabiliteringsfeltet har lav status og det er

mangelfull kompetanse i fagområdet. Institusjoner er ikke samordnet med tilbud i kommuner og fylkeskommunene. Kapittel tre ”Rehabilitering på lokalt nivå – ein planlagt og koordinert prosess med brukar i sentrum” omhandler koordinering, det vises til at forsøksvirksomhet som ble gjennomført på 90-tallet understreker at kommunene trenger en tydelig koordineringsfunksjon. (Stortingsmelding nr. 21(1998-99)) Både rehabiliteringsmeldingen og forskrifter til rehabilitering kom i samme tidsrom som de nye helselovene hvor dokumentasjonsplikten ble lovfestet og brukermedvirkningen styrket. Fra 1.7.-01, fikk alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester lovfestet rett til å få utarbeidet en IP,(Sosial- og Helsedepartementet 2001)

2.8.4 Rundskriv til forskrift for habilitering og rehabilitering, 2001.

I Rundskriv 1-30/2001 til forskrift og habilitering og rehabilitering fra Det kongelige sosial- og helsedepartementet skrives det at kommunene og fylkeskommunene pålegges ”...et ansvar for å etablere koordineringsfunksjoner i forbindelse med re/habilitering. På begge nivåer skal en se til at det finnes en koordinerende enhet knyttet til re-/habiliteringsvirksomheten.” (Sosial- og helsedepartementet 2001)

2.8.5 Veileder for individuell plan, 2001.

Veileder for Individuell plan fra 2001 etterfulgte stortingsmelding 21. Rettigheten til å få en individuell plan skulle være en rett for alle personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Individuell plan ble en lovfestet ordning i Helse- og sosialloven, som nå er Helse og omsorgstjenesteloven. Veilederen omhandlet hovedsakelig Individuell Plan, men har også beskrivelser av koordinering. Veilederen viser til forskrift om habilitering og rehabilitering (§§ 8 og 13) hvor kommunene pålegges ”...et ansvar for å se til at det finnes en koordinerende enhet innenfor habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten ” (s.17). Enheten skulle være synlig og tilgjengelig for alle. De ulike tjenestene må koordineres på en slik måte at tilbudet henger sammen. I veilederen fra 2001, beskrives det at det må finnes en person som brukeren kan forholde seg til. En koordinator som skal være bindeledd mellom bruker og tjeneste apparat, ha kontakt med ulike tjenesteytere for å sikre vedlikehold av helheten og sammenhengen i tjenestetilbudet (Sosial- og helsedepartementet 2001). Veilederen for

habilitering og rehabilitering har siden kommet med flere oppdaterte utgaver, og det er veilederen fra 2015 som jeg bruker som hovedtekst for min problemstilling.

2.8.6 Stortingsmelding 47, 2008-09, Samhandlingsreformen.

Denne stortingsmeldingen beskriver at det skal satses på mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp, fordi effektiv bruk av ressurser er viktig for å sikre bærekraftighet. En av hovedutfordringene til helse- og omsorgstjenestenes samhandlingsproblemer oppgis å være at ”-pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok”, (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 21). Samhandlingsreformen innebærer tidligere innsats, mer forebygging, at flere tjenester løses i kommunene og at tjenesten skal være bedre koordinert Et velfungerende koordinerende enhet vil være sentralt for flere av målene i samhandlingsreformen.

”Det er også viktig å legge til rette for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer som for eksempel NAV, barnevern og PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste). Eksempelvis er forholdet mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester også et område med behov for koordinering, både i overgangen fra sykdom til arbeid og ved bruk av helsetjenester parallelt med arbeid.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 22)

Samhandlingsreformen vektlegger brukermedvirkning:

”Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. Dette kan bedre prognosen for gode resultater. Det finnes etter hvert sterke og kompetente brukerorganisasjoner som ønsker å påvirke tjenestenes utvikling og delta på vegne av pasientene. Brukermedvirkning tilfører således helse- og omsorgstjenestene merverdi.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s 51).

Samhandlingsreformen presiserer viktigheten av at elementene i rehabilitering må virke sammen for at resultatet skal bli tilfredsstillende. I samhandlingsreformen refereres det til tilbakemeldinger fra brukere om at koordineringstjenestene ikke fungerer godt nok og at en av hovedutfordringene er at helse- og omsorgstjenestene ofte oppleves å være for ”..fragmenterte og uoversiktlig”. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s 22). Definisjonene på rehabilitering fra Stortingsmelding gjentas og det minnes på det lovfestede kravet om at kommunene skal ha en koordinerende enhet.. Samhandlingsreformen beskriver koordinerende enhet som ”..et godt verktøy for å få til god rehabilitering på systemnivå..” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s.63). Samhandlingsreformen er en omfangsrik og betydningsfull stortingsmelding. Omtalen av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skjer hovedsakelig på to sider (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 62 og s. 63). Det er relativt lite sett i forhold at omtalen av koordinerende enhet som verktøy for å få til god rehabilitering. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009)

2.8.7. Rundskriv fra Helsedirektoratet (IS-1/2011).

Helsedirektoratet sender ut rundskriv til kommunene hvor det gis konkrete og samordnet budskap til kommunene, Fylkesmenn, fylkeskommuner og regionale helseforetak. I rundskriv (IS-1/2011,) ”Nasjonale mål og prioriterte områder ” ber direktoratet om at koordinerende enhet, på bakgrunn av samhandlingsreformen, skal være synlig og tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere og ivareta oppgaver i samsvar med gjeldende regelverk og føringer (Helsedirektoratet 2011, s.11)

2.8.8 Helse og omsorgsloven, 2012.

Koordinerende enhet ble lovpålagt i Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3.fra 1. Januar 2012 (Breimo & Thommesen, 2012, s.283). Beskrivelsen er hentet fra veilederen hvor det beskrives det at Koordinerende enhet skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering- og rehabilitering, det står videre at enheten skal ha overordnet ansvar for arbeid med individuell plan noe som innebærer at

enheten skal motta meldinger om behov for individuell plan og at den skal sørge for at det blir utarbeidet prosedyrer for arbeidet med individuell plan. (Helsedirektoratet 2015, s.73).

2.8.9 Sammen om mestring .

Det er veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. I denne veilederen presiseres kommunens plikt til å opprette en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. (Helsedirektoratet 2014, s. 84) Veilederen beskriver at personer med rusmiddel- og/eller psykiske helseproblemer ofte vil ha behov for koordinerte tjenester og at enheten må sikre at disse brukergruppens behov for individuell plan og koordinator ivaretas. (Helsedirektoratet 2014,)

2.8.10 Veileder om habilitering rehabilitering, individuell plan og koordinator fra 2015.

Veilederen om habilitering rehabilitering individuell plan og koordinator er hoveddokumentet i min oppgave, og jeg beskriver veilederen grundig for å vise hvilke føringer som gis og hva slags oppgaver som tillegges koordinerende enhet. I problemstillingen etterspør jeg praksiserfaringene som medlemmer i nettverksgruppen har gjort seg med i forhold til oppgaver og føringer som framkommer i veilederen. Veilederen beskriver oppgaver på primærhelse-, og på spesialisthelsenivå. Jeg fokuserer på primærhelsenivå. Veilederen er web-basert og kommer med oppdateringer. Jeg har brukt utgaven som kom i 2015, i mitt arbeid. (versjonen fra 29.9.15) I søk på internett 15.4.18 gransket jeg den nyeste utgaven, datert 06.07.17. Jeg leste begge utgavene fra 2015 og 2017 samtidig, setning for setning, og fant ingen endring i teksten som omhandler koordinerende enhet i den nyeste utgaven. Den koordinerende enheten skal følge opp kommunenes ansvar jfr. Forskrift om habilitering- og rehabilitering, IP og koordinator, §5 fjerde ledd. Enhetene skal synliggjøres som sentrale kontaktpunkt for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Plikten til å opprette koordinerende enhet gjelder for habilitering- og rehabiliteringstjenester hjemlet til helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Veilederen lister opp sentrale oppgaver for koordinerende enhet:

Utleder av formål og overordnet ansvar er følgende oppgaver sentrale

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for IP og koordinator:
 - Motta meldinger om behov for IP og koordinator,
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator,
 - Oppnevning av koordinator,
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator,
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering- og rehabilitering

Informasjon om enhetens oppgaver må være tilgjengelig for pasienter, brukere, helsepersonell, interne og eksterne samarbeidspartnere. Dokumentasjon av ansvar, oppgaver, rutiner og avtaler må inngå i kommunens kvalitetssystem (Helsedirektoratet, 2015, s. 74)

Koordinerende enhet må være lett å komme i kontakt med for brukere og samarbeidspartnere, og informasjon om koordinerende enhet må være en del av kommunenes informasjonsmateriale. Enheten bør plasseres høyt i organisasjonen. Koordinerende enhet bør nedfelles i kommunenes planverk for å sikre synliggjøring og en politisk og administrativ forankring. Veilederen gir ikke pålegg om en bestemt plassering i organisasjonen, men det må sikres at lovpålagte funksjoner ivaretas. Det gis flere eksempler på hvordan koordinerende enhet kan organiseres i kommunene: Egen enhet, tverrfaglig team, egen koordinator for området, eller gjennom ordinær virksomhet. Teamorganisering trekkes fram som en god organiseringsform, det kreves god oversikt, kunnskap og innsikt i hvordan forvaltningen

fungerer for å lede en koordinerende enhet. Det må sikres forutsigbare og forankrede møteplasser og samarbeidsstrukturer. I kommuner som har inndeling i bydeler beskriver veilederen at det er naturlig at hver bydel har sin koordinerende enhet fordi koordinerende enhet er tett knyttet til tjenesteytingen. Det legges føringer for at det skal sikres god lederforankring av koordinering og samhandling fra øverste til nederste utøvende ledd i organisasjonen. Dette vises med en figur som visualiserer at det overordnede ansvaret er forankret i ledelse i kommune og spesialisthelsetjenesten, nedfelt i en koordinerende enhet, som tilrettelegger for helhetlig koordinering. Figuren viser at fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret og at koordinatorene skal koordinere for helhetlige løp på individnivå. De koordinerende enhetene skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Dette er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering, men skal omfatte alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ansvar for individuell plan og koordinerte tjenester er sentralt i enhetens overordnede ansvar. Et slikt helhetlig og koordinert tilbud innebærer at flere bistandspersoner og instanser må samarbeide. Dette samsvarer med definisjonen av rehabilitering i Stortingsmelding 21. Enhetene bør være pådrivere for at tjenesteyter sammen kan lykkes med å sette brukeres og pasienters behov i sentrum. Veilederen beskriver viktigheten av å skape forutsigbarhet og komme tidlig i gang med planleggingen for å skape gode løp for brukerne. Koordinerende enhet bør etablere forutsigbare og formaliserte samarbeidsrutiner med andre sektorer. Målet er å unngå brudd i forløpet. Informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale utviklingsområder er sentrale samarbeidsområder mellom koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. De skal være faste, gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid. Koordinerende enhet skal ha en sentral rolle i den interne samhandlingen. Det er nedfelt samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Når private institusjoner inngår i samarbeidet bør også disse være med i nettverkene. Samarbeidet med fastlegene nevnes spesielt. Fastlegen har koordineringsansvar for medisinske tjenester for pasientene på sin liste. (Veilederen viser til fastlegeforskriften § 19.) Fastlegen skal medvirke til at det settes i gang arbeid med individuell plan og koordineringsbistand for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester utenom det medisinskfaglige området. Fastlegen skal melde koordineringsbehov til kommunens koordinerende enhet, og koordinatorene er samarbeidspartnere for fastlegen. Ansvarsområdet for enheten tilsier at den bør ha en sentral rolle i planlegging og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunene. Jfr. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (HOD) skal koordinerende enhet tilrettelegge for

god brukermedvirkning. En medvirkning som også skal innebære samhandling med pårørende. Enhetene anbefales å være pådrivere av systematisk innhenting av brukererfaringer, veilederen påpeker at dette vil være et ledd i en systematisk kvalitetsforbedring. Det anbefales at enheten bidrar til en formalisert samhandling med brukerorganisasjoner, og inviterer brukerrepresentanter til nettverksmøter og lignede. For å kunne informere og veileder er det viktig at koordinerende enhet har oversikt over aktuelle tilbud, både på kommunenivå og i spesialisthelsetjenesten. Forskriften for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator beskriver kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering som bakgrunn til å stadfeste at enheten bør ha et sentralt ansvarsområde i planleggingen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene. Det skal tilrettelegges for brukermedvirkning og for at tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene. Tilbud til både barn og voksne må sees i en sammenheng. Rehabilitering med mål om arbeid involverer nav og fastleger, utdanningsinstitusjoner. Det kan også være aktuelt å samarbeide med andre instanser som har behandlingstilbud til f.eks. mennesker med rus og psykiatriproblemer eller som i perioder er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Enhetene må være synlige og tilgjengelige for å kunne motta meldinger om behov for IP og koordinering fra helsepersonell, jfr. Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 og helsepersonell-loven §38. Dette gjelder melding fra internt i kommunen og fra helseforetak. Koordinerende enhet må opprette et system for å følge med på at ordningen med IP og koordinator fungerer etter hensikten, dette innebærer å sikre opplæring og rutiner. Rutinene for IP og koordinator som utarbeides i kommunen må være nedfelt i kommunenes kvalitetssystem internkontrollsystem, de må gjøres kjent og implementeres i virksomheten. Rutinene bør så langt som mulig være sektorovergripende og omfatte intern og ekstern samhandling, spesielt nevnes NAV, barnevernet, utdanningssektoren, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Skolens medvirkningsansvar bør avklares. God opplæring av koordinatører skal sikre rekruttering og at koordinatører blir trygge i koordinatorrollen. Det anbefales å sikre kontinuerlig veiledning til koordinatører, individuelt og i grupper. Det anbefales i veilederen at det etableres et forutsigbart og formalisert tverrsektorielt samarbeid for å sikre gode overganger, dialog og rolleavklaring. Veilederen nevner eksempler innen arbeid, skolegang og i forhold til å ivareta brukergrupper innen psykisk helse og rus. Koordinerende enhets oppgave er å være bindeledd i saker der flere av familiemedlemmene har et koordineringsbehov og se familien som en helhet, samtidig som bestemmelsene om taushetsplikten ivaretas. Informasjon om

koordinerende enhet og om rettigheter knyttet til individuell plan skal være synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere. Spesielt skal det være informasjon på kommunens informasjonsmateriell og spesielt nettsidene. Koordinerende enhet skal være meldepunkt for behov for sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering dersom ikke kommunene har oppnevnt andre kontaktpunkt for dette. (Helsedirektoratet 2015)

2.8.11 Opptappingsplan for rehabilitering 2016 .

Opptappingsplanen som ble lagt fram høsten 2016 i forbindelse med statsbudsjettet for 2017 vektlegger at kommunene skal settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Brukerperspektivet skal styrkes og kvaliteten på samhandlingen og koordineringen mellom nivåene skal forbedres. Det informeres om at den offisielle definisjonen på rehabilitering skal endres. Opptappingsplanen har avgrenset seg til å i hovedsak rette seg til brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 5). I opptappingsplanen vises det til Samhandlingsstatistikk fra Helsedirektoratet, 2014-2015 hvor det oppgis at 90% av kommunene hadde en Koordinerende enhet i 2015. (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, s. 17). Det beskrives at kommunene trenger en godt fungerende koordinerende enhet som skal må ha oversikt over alle tjenester og være det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet i kommunen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 15). Det gis ellers lite oppmerksomhet til koordinerende enhet på kommunenivå i planen Det er interessant å merke seg at Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3. fra 2012 beskriver at koordinerende enhet skal ivareta at det sikres et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering- og rehabilitering (Breimo & Thommesen, 2012, s.283). og at det i veilederen, ”Sammen om mestring”, fra 2014 ble fokusert på at personer med helseproblemer knyttet til rusmidler og/eller psykiske problemer ofte ville ha behov for koordinerte tjenester, og at den koordinerende enheten må sikre at disse brukergruppene får ivaretatt sine behov for individuell plan og koordinator. Samtidig definerer opptappingsplanen for rehabilitering to år en avgrensning til at den hovedsakelig skal rette seg mot brukere som har funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom. (Helsedirektoratet 2014)

3 Etikk.

Det ble søkt om godkjenning hos NSD februar 2017. I søknaden la jeg ved brevet jeg sendte til informantene med forespørsel om deltagelse i prosjektet, intervjuguiden, og mandatet for nettverksgruppen. Prosjektet ble godkjent i april 2017, (prosjektnr. 53020). Jeg har gjennomført to gruppeintervjuer med medlemmer av et fagnettverk som er opprettet hos Helseetaten i Oslo kommune. Oppgavens problemstilling etterspør informantenes erfaringer med hvordan de imøtekommer oppgaver og føringer slik de er beskrevet i et politisk offentlig dokument; Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra 2015. Jeg etterspør informantenes egne erfaringer fra deres arbeidspraksis. Det er ingen personer eller grupper av personer som undersøkes, utsettes for forsøksvirksomhet eller blir intervjuet om taushetsbelagte eller sårbare opplysninger. Oppgavens design og problemstilling gir ikke etiske utfordringer i form av at noen utsettes for forsøk som kan virke krenkende eller medføre noen form for urettferdig eller eksperimentell behandling. I intervjuene har jeg snakket med informantene om deres praksiserfaringer, hvordan de selv opplever sin arbeidssituasjon og hvilke erfaringer de har gjort seg. Spørsmålene er stilt på en måte som ikke oppfordrer informantene til fortelle om praksiseksempler som kan identifisere brukere eller på andre måter utfordrer til å gi taushetsbelagte opplysninger. Informantene fikk en skriftlig beskrivelse av prosjektet sammen med invitasjonen og har underskrevet en samtykkeerklæring. Informantene er anonymisert og jeg oppgir ikke hvilke bydeler de er ansatt i. Opptakene som ble gjort i intervjuene er bare oppbevart på min egen private PC som er passordbeskyttet og har bare vært tilgjengelig for meg. Og på en nedlåst minnepenn som sikkerhetskopi for meg. Filene skal slettes når oppgaven er avsluttet. Teksten inneholder ingen brukerhistorier eller andre former for praksiseksempler som kan identifiseres. Kvale og Brinkmann tar opp maktforholdet mellom forsker og intervjupersonen, hvordan intervjuene fortolkes og at forskeren gjennom fortolkning av intervjuene har makt til å tillegge andres uttalelser en bestemt mening. (Kvale & Brinkmann 2009, s. 244) Dette er et dilemma som jeg har vært oppmerksom på gjennom prosessen med å analysere og tolke resultatene.

4. Metode

4.1. Metode

I oppgaven etterspør jeg hvordan informantene erfarer at de imøtekommer føringer og utfører oppgaver slik som de er beskrevet i veilederen. Jeg har også etterspurt hvilke muligheter og utfordringer de ser i sin praksishverdag relatert til veilederens beskrivelser. Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator gjengir myndighetenes bestemmelser for koordinerende enhet, og jeg har brukt dokumentet som støtte for å planlegge intervju og for å gjennomføre analysere resultatene fra intervjuene. Jeg har valgt kvalitativt design til min undersøkelse hvor jeg benytter gruppeintervju. Forskningsdesignet som velges skal være det som gir best grunnlag for å belyse problemstillingen, og gjerne gi et slags svar på problemstillingen. Valg av forskningsmetode avhenger av hva som er forskningsinteresse og hvordan forskningsspørsmålene defineres. I kvalitativ forskning er det innhold og betydning som er viktig. Fenomenets utbredelse og omfang som er viktig i kvantitativ forskning har ikke fokus i kvalitativ forskning. (Fangen, 2010, s. 236). En av grunnene til at jeg har valgt gruppeintervjuer framfor å intervju enkeltpersoner er at det gjennom gruppedynamikken oppnås innsikt av en annen karakter enn ved å intervju enkeltpersoner. Det er samhandlingen mellom gruppedeltakerne som er sentral i gruppeintervjuer. Gruppedynamikken og prosessen som oppstår mellom gruppemedlemmene bidrar til å skape fortellinger. Institusjonell etnografi er en forståelsesmodell som har inspirert meg i gjennomføringen av forskningsarbeidet. Metoden egner seg for å studere mennesker slik de selv oppfatter verden, og den er egnet til å studere institusjoner eller felt med en uklar struktur. (Breimo, 2015, s. 98). I institusjonell etnografi er det livserfaringene hos menneskene man studerer som er utgangspunktet for undersøkelsene. Informantene betraktes som kunnskapshavere. Ved at mennesker er grunnleggende sosiale objekter som samhandler med omgivelsene kan man lære av folk om deres virksomhet. Man kan studere hvordan de erfarer verden (Widerberg, 2015, s. 15). Breimo beskriver at også tekster har fått betydning innen denne forståelsen (Breimo, 2012, s. 63.). Jeg har støttet meg til teksten i veilederen når jeg etterspør informantenes praksiserfaringer i forhold til oppgavene og føringene for koordinerende enhet som er beskrevet i veilederen. Gjennom eget arbeid i en koordinerende enhet i Oslo kommune ble jeg kjent med at Helseetaten i Oslo kommune, har opprettet et fagnettverk for koordinerende enheter hvor deltakerne kommer fra bydelene i Oslo kommune. Det er virksomhetslederne i hver bydel bydelene som har utpekt medlemmene i nettverksgruppa og det er to medlemmer som representerer hver av de femten bydelene. Leder

i nettverksgruppa er ansatt i helseetaten og jobber ikke selv i koordinerende enhet. Jeg sitter ikke i nettverksgruppa selv, og har heller ikke deltatt i møtene der. Jeg vurderte at ved å intervju medlemmene i nettverksgruppa ville jeg kunne få tilgang til empirisk materiale. Gruppeintervjuet skulle ikke finne fram til felles sannheter som informantene skulle enes om men vektla å få fram ulike synspunkter og erfaringer som informantene kunne dele. Jeg håpet at gruppeprosessen ved dialogen i intervjuene ville bidra til at de kunne gjøre sammenligninger om hverandres erfaringer og arbeidsmåter slik at gruppeintervjuene ville gi meg mer empirisk materiale til min undersøkelse enn om jeg hadde intervjuet dem enkeltvis. Alle informantene kommer fra samme kommune og er underlagt den samme overordnede politiske styringen. Samtidig er bydelene organisert ulikt. De har sine egne bydelsutvalg med politisk valgte representanter som tar avgjørelser knyttet til bydelene. Som tidligere beskrevet er Oslo kommune delt inn i femten bydeler som har sine bydelsutvalg som har politisk myndighet på flere områder. Det er bydelene som selv bestemmer sin organisasjonsmodell. Bydelene er ulike med tanke på størrelse og befolknings sammensetning og det er store forskjeller i sosioøkonomiske forhold i bydelene som påvirker organisering og tjenesteutøvelse. Eksempelvis er det sentrumsbydeler med mange kommunale boliger og en befolkning som bor tett og i relativt små leiligheter. I noen bydeler bor det mer barnefamilier, mens andre bydeler har en stor del av befolkningen som er eldre. I noen bydeler er det store økonomiske ulikheter i befolkningen. Bydelene har valgt ulike organisasjonsformer for å løse sine oppgaver, og de koordinerende enhetene er organisert på ulike måter. (Mørland 2012, s. 25). Neumann og Neumann beskriver at det kan være problematisk å gjøre undersøkelser i en kultur man kjenner til. Man må distansere seg fra stoffet tilstrekkelig til å få en analytisk distanse samtidig er det nødvendig å ha en nærhet for å kunne sortere og skjønne hva det dreier seg om (Neumann & Neumann, 2012 s. 93). Jeg jobber selv i en koordinerende enhet i en bydel i Oslo kommune. I intervju situasjonene inntar jeg rolle som masterstudent, og jeg forsøker å balansere min interesse for og er faring med stoffet for å sikre riktig analytisk distanse.

4.2. Forberedelse og gjennomføring av intervju

Jeg kontaktet leder i fagnettverket pr telefon og informerte henne om mine planer for forskningsarbeidet. Jeg fikk god hjelp fra henne til å finne medlemmene i nettverksgruppa ved at jeg fikk en oppdatert e-post-liste. Lederen av nettverksgruppa foreslo at jeg skulle legge

gruppeintervjuene til dager hvor nettverksgruppa skulle møtes og hun reservert lokaler som jeg kunne bruke til mine intervjuer i det samme bygget som de skulle ha møtene. Jeg brukte e-post-lista og sendte mail til alle medlemmene i gruppa hvor jeg informerte om mitt prosjekt og inviterte dem til å delta i gruppeintervju. Invitasjonene sendte jeg ut medio mars 2017, ca. seks uker før første intervju. Av tredivet mulige informanter i populasjonen fikk jeg positivt svar fra åtte. Disse fordelte seg med fire på hver dato. Jeg sendte uturring og ny invitasjon ca. tre uker før det første intervjuet, men da fikk jeg ingen flere påmeldinger.

Jeg valgte å legge gruppeintervjuene til de to møtedagene nærmest sommeren 2017. 25. april og 7. juni da det muliggjorde å ha intervjuene innen et ikke altfor langt tidsspenn og at det var passende tid i forhold til videre arbeid med oppgaven. Det var mest hensiktsmessig å legge intervjuene til timen før møtet i nettverksgruppa skulle starte. Da hadde jeg mulighet til å benytte lokaler i naborommet til dit de skulle i det påfølgende møtet. Jeg vurderte også at det ville lettere å rekruttere informanter før møtet i nettverksgruppa, enn å få informanter til å stille til intervju etter arbeidstid. Det ble reservert lokaler i en time til første gruppeintervju og halvannen time på det andre gruppeintervjuet. Jeg vurderte at dette var tilstrekkelig tid til intervjuene. Min avveining var at informantene er mennesker som har en travel arbeidshverdag og at det sannsynligvis ville vært vanskeligere å få rekruttert informanter om jeg hadde invitert dem til intervju på sen ettermiddagstid, eller til et mer langvarig intervju.

Ved planleggingen av intervjuene brukte jeg veilederen som hjelpetekst, jeg tok utgangspunkt i oppgavene og føringene som veilederen oppgir som for koordinerende enhet og formulerte intervju spørsmål rundt disse. Jeg ønsket å stille åpne spørsmål for at informantene mine selv kunne reflektere og utdype svarene der de hadde erfaringer de ønsket å formidle fra sin daglige praksis, uten at de skulle behøve å gi taushetsbelagte opplysninger relatert til brukersaker. Samtidig som jeg hadde gjort meg kjent med teksten i veilederen for å kunne utdype spørsmålene, kommentere dem eller stille spørsmål utenfor de ferdig formulerte spørsmålene dersom informantene skulle komme til å vektlegge andre momenter fra teksten i veilederne enn det jeg hadde fokusert på. Jeg visste ikke hvor god kjennskap mine veiledere hadde til teksten i veilederen så jeg valgte å lage spørsmål som var tett til føringene og oppgavene som er beskrevet i veilederen. Jeg diskuterte spørsmålene og mine formuleringer med en medstudent før jeg laget en intervjuguide med åpne spørsmål som jeg forsøkte å følge i intervjuene. Jeg forsøkte å være godt forberedt før intervjuene for å kunne skape god flyt, men også for å være forberedt på å kunne bringe fokuset tilbake dersom informantene skulle

komme til å snakke om temaer som var utenfor temaet for intervjuet. Et godt forberedt intervju bidrar til høyere kvalitet i kunnskapsproduksjonen og gjør at etterbehandlingen går lettere. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 134)

Informantene er faste deltakere i fagnettverket. De er utpekt av virksomhetslederne i hver sine bydeler til å delta i nettverksgruppa. Informantene er organisert på ulike måter i bydelene der de jobber. Noen av dem hadde overordnede stillinger og andre var plukket ut fordi de var sentrale ved at de jobbet med koordineringsoppgaver uten at det var definert at de jobbet i koordinerende enhet. Jeg inntok rollen som masterstudent, og ikke som en koordinator ansatt i koordinerende enhet da jeg snakket med dem. Men jeg fortalte informantene før intervjuene at jeg selv jobbet i koordinerende enhet for at de skulle skjønne at jeg hadde praksiserfaring fra feltet. Jeg unnlot å dele egne erfaringer med informantene eller på andre måter å gi oppmerksomhet til min egen jobberfaring under gruppeintervjuene. Av tredve mulige informanter var det åtte som meldte seg til å delta i mine intervjuer. Informantene representerte seks bydeler, det var to fra samme bydel med på hvert av intervjuene. Selv om det bare var seks bydeler representert av femten mulige og åtte av tredve mulige informanter mener jeg at jeg fikk en god spredning blant informantene. Det var stor variasjon i hvordan de var organisert og hvilke arbeidsoppgaver de hadde. De fordelte seg også slik at de ulike geografiske områdene i kommunen ble representert. Informantene fordelte seg slik at både sentrumsbydelene, og bydelene i øst, vest, nord og sør i kommunen ble representert. Kjønnfordelingen var ensidig med at alle informantene var kvinner. Imidlertid var det bare en mann med i nettverksgruppa, så det var en overveldende overvekt av kvinner i populasjonen totalt. Informantene kjente til hverandre gjennom å ha deltatt i nettverksgruppa. To av informantene i hvert intervju jobbet i samme bydel. Noen hadde jobbet sammen tidligere, noen hadde samarbeidet både formelt og uformelt gjennom mange år ved å ha jobbet i koordinerende enheter i forskjellige bydeler. Informantene fordelte seg også ulikt med hensyn til hvor lenge de hadde jobbet med koordinerende enhet. Fra at en informant hadde jobbet som leder av koordinerende enhet i Oslo kommune i underkant av et år til at flere av de andre hadde jobbet med koordinering siden før koordinerende enhet ble beskrevet i forskriftene, og før stortingsmeldingen om rehabilitering kom ved årtusenskiftet. Den av informantene som hadde jobbet kortest tid hadde imidlertid lang erfaring fra å ha jobbet i koordinerende enhet i en annen kommune. Ikke alle informantene hadde en lederrolle, noen av gruppemedlemmene var utpekt til å delta i nettverksgruppa uten at bydelen hadde definert en koordinerende enhet i organisasjonen. Flertallet av mine informanter jobbet med barn og

ingen oppga at de jobbet hovedsakelig med eldre. Fysioterapeuter var dominerende faggruppe, men også faggruppene ergoterapeut, hjelpepleier og sykepleier var representert.

Informantene hadde fått en beskrivelse av prosjektet på mail før de takket ja til å delta. Selve intervjuet gjennomførte jeg ved at jeg presenterte meg selv og repeterte problemstillingen for mitt forskningsprosjekt. Informantene underskrev på samtykkeskjema. Jeg brukte opptaker i begge intervjuene. Jeg hadde med en medstudent som medhjelper i det første intervjuet.

Forskeren vil aldri kunne være fullstendig forberedt til intervjuer fordi han aldri kan vite hva informantene kommer til å svare på spørsmålene som stilles. (Neumann & Neumann, 2012, s.12). Det er ingen som klarer å forholde seg helt taus og upåvirket i intervjusituasjonen Neumann og Neuman skriver at "...et menneske som eventuelt ville kunne klare noe slikt, ville neppe ha de nødvendige forutsetningene for å forstå de sosiale situasjonene de angivelig skulle forske på" (Neumann & Neumann 2012, s. 13). Jeg forsøkte å tilrettelegge intervjuene slik at jeg fikk høre meningen til alle informantene. Informantene viste stort engasjement til å delta i gruppeintervjuene, og jeg opplevde at noen deltok mer aktivt enn andre. Noen temaer i intervjuene fikk lite oppmerksomhet mens andre temaer ble gitt mer oppmerksomhet.

Spørsmål relatert til om koordinerende enhet var en del av bydelens kvalitetssystem besvart med "ja" og "nei" og bare korte kommentarer. Mens informantene ga omfattende svar på de andre temaene som jeg tok opp. Det var ulike temaer som dominerte samtalen i de ulike gruppeintervjuene. Den ene gruppa var mest opptatt av tilgjengeligheten og om koordinerende enhet var kjent blant samarbeidspartnere, mens det i det andre gruppeintervjuet ble gitt mye fokus på planlagt omorganisering av tjenestene og arbeid med familieplaner. En av informantene hadde planer om å begynne å lage familieplaner og fortalte mye om dette. Flere av informantene kom med spontane uttalelser at de fant det nyttig og interessant å kunne diskutere temaet for gruppeintervjuene sammen med andre som jobber med koordinerende enhet, at de kunne relatere diskusjonen til oppgavene og føringene slik de framkommer i veilederen. Noen av informantene fortalte at de ikke hadde hatt anledning til å diskutere forhold rundt hvordan det var å jobbe i koordinerende enhet relatert til veilederens føringer tidligere og at de fant at diskusjonen i gruppeintervjuene interessant. Jeg opplevde at det var god flyt i begge intervjuene og at det var en gjennomgående god kommunikasjon og en hyggelig tone informantene seg imellom og mellom informantene og meg. Intervjuene ble naturlig avsluttet da informantene skulle fortsette i møter i nettverksgruppa etter avsluttet intervju. En tilnærming med gruppeintervjuer gir subjektive beskrivelser. Intervjuformen stiller utfordringer til intervjuers kreativitet i intervjusituasjonene, for å kunne fange opp det

informantene er interesserte i uten at temaene for intervjuet forsvinner. Eller for å kunne komme tilbake til temaene for intervjuet om det blir mye fokus på temaer som ligger utenfor temaer i intervjuet. En slik erfaring gjorde jeg selv ved at jeg hadde forberedt meg på at jeg skulle stille de samme spørsmålene til begge gruppeintervjuene og at disse spørsmålene skulle være styrende i intervjuene. Jeg erfarte at ulikhet i gruppene gjorde at intervjuene ble ulike og at dette også påvirket hvordan jeg stilte spørsmålene, og hvordan jeg kom til å vektlegge spørsmålene ulikt. Dette var interessant men også krevende i gjennomføringene av intervjuene.

4.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

Reliabilitet betyr at resultatene fra forskningen skal være pålitelige og troverdige mens validitetsbegrepet viser til om en intervjustudie undersøker det som skal undersøkes. Generalisering vil si om resultatene er overførbare, at de kan overføres til andre situasjoner og kontekster. Spørsmålet er om resultatene ville blitt de samme også med andre informanter. Kvale og Brinkmann, stiller spørsmål til om det er nødvendig å generalisere, de påpeker at intervjuforskning er vanskelig å generalisere da det som oftest er for få personer som intervjues til en studie til at forskningsresultatet skal kunne overføres til en annen forskning med lignede intervju. (Kvale & Brinkmann, 2009, s.298) I min undersøkelse hadde jeg åtte av tredivet mulige informanter og de deltok på gruppeintervju på det tidspunktet som passet best for dem. Det var ulike temaer som fikk ulik oppmerksomhet i de to gruppeintervjuene. Alle temaene som ble diskutert i gruppeintervjuene handlet om informantenes praksiserfaringer, relatert til veilederens føringer og oppgaver. Selv om utgangspunktet var den samme intervjuguiden i begge intervjuene ble fokuset ulikt og temaene fikk ulik oppmerksomhet også i mine intervjuer. Jeg tror ikke at nøyaktig de samme temaene hadde blitt løftet og de samme synspunktene blitt presentert om dette hadde blitt undersøkt av en annen person i en annen setting og til en annen tid. Samtidig ble mange av de samme temaene diskutert i intervjuene. Neumann og Neumann skriver at det kan være problematisk å gjøre feltarbeid i sin egen kultur og at dette kan utfordre objektiviteten, samtidig som forskeren må ha en viss forforståelse. (Neumann, & Neumann, 2012, s.93). Jeg har selv praksiserfaring fra å jobbe med oppgavene som beskrives i veilederen. Min erfaring med å jobbe med koordinerende enhet påvirker forskningen ved hvordan jeg velger, formulerer og vektlegger spørsmålene til gruppeintervjuene. For å sikre mest mulig objektivitet har jeg unnlatt å ta

utgangspunkt i mine egne erfaringer fra feltet, men tatt utgangspunkt i oppgavene og føringer slik de står i veilederen. Dilemmaet er at en må ha en nærhet for å kunne sortere og forstå hva det dreier seg om samtidig er det nødvendig at man distanses seg tilstrekkelig til stoffet til å kunne ha en analytisk distanse. Jeg har kjennskap til stoffet gjennom egen jobb i koordinerende enhet men i intervjuene inntar jeg studentrollen. Jeg deltar ikke selv i nettverksgruppa som jeg har hentet informantene fra. Imidlertid ser jeg at min erfaring med temaet har påvirket hvordan jeg har valgt ut og formulert spørsmålene og i den videre bearbeidelsen av intervjumaterialet. Jeg har vært oppmerksom på at dette kan påvirke min bearbeiding av materialet ved at jeg i for stor grad kan komme til å fokusere mer på egne meninger enn på det informantene svarer. Samtidig mener jeg at min egenerfaring bidrar til en bedre forståelse for tematikken. Jeg har vært oppmerksom på dette og forsøkt å balansere min egen erfaring og entusiasme med objektiviteten. Det er usannsynlig at de samme resultatene hadde framkommet om det hadde blitt gjennomført nye gruppeintervju med de samme spørsmålene. (Kvale & Brinkmann, 2009, s 276) Som tidligere beskrevet vektla informantene temaene jeg spurte dem om ulikt i de to gruppeintervjuene. En omfattende omorganiseringssprosess som skulle gjelde alle bydelene hadde nylig startet da jeg gjennomførte det første intervjuet og denne omorganiseringssprosessen fikk lite oppmerksomhet i intervjuet. Imidlertid var omorganiseringssprosessen nærmere forestående da jeg gjennomførte det andre intervjuet, og prosessen fikk da mye oppmerksomhet. Informantene reflekterte rundt spørsmålene om koordinerende enhet ville bli mindre synlig etter omorganiseringen. Noen hadde fått beskjed om hvilke konsekvenser omorganiseringen ville gi dem, mens andre informanter ikke viste noe konkret, bare at det ville bli endringer i hvordan de skulle organiseres og kanskje også endringer i arbeidsoppgavene. Spørsmålet om en annen forsker ville ha analysert intervjuene, vektlagt og tolket på samme måte som meg er interessant. Enhver er påvirket av sin erfaring og kunnskap og dette vil aldri være likt. Fanger relaterer dette til observasjonsstudier og beskriver at det vil være umulig at to som observerer samme situasjon legger merke til det samme og tolker på samme måte. (Fangen, 2010 s. 250). Man får ikke et fasitsvar som er gjeldende for alle situasjoner både i fortid og framtid, men man får en beskrivelse av hvordan fenomenet oppleves for informantene på intervjutidspunktet, slik de forstås og tolkes av formidleren. Dette betyr ikke at mine funn ikke er troverdige, men at de beskriver situasjonen i intervjuene da de ble gjennomført. Det er lite trolig at en annen forsker ville ha kommet fram til en identisk analyse og konklusjon som det jeg har gjort. Informantene svarte relativt likt på spørsmålene i de to intervjuene selv om de fokuserte ulike på temaene. Dette kan tyde på at jeg har fått tak i noe av hovedinnholdet i

de erfaringene de har gjort seg. Kvale og Brinkmann stiller spørsmål til om det er intervjueren som eier meningen som skapes i et intervju i det han fortolker utfra sin utvalgte kontekst. (Kvale & Brinkmann, 2009, s 244) Når ulike perspektiver på en intervjutekst forklares og forskerens spørsmål spesifiseres til flere fortolkninger berikes og styrkes intervjuforskningen. Partisk subjektivitet betyr at forskeren ser etter bevis som støtter egen mening, velger ut og konkluderer i forhold til det som kan begrunne egne konklusjoner og ignorere det som kan gi andre fortolkninger. Perspektivistisk subjektivitet beskriver at forskere stiller flere spørsmål til den samme teksten og kommer med ulike tolkninger og konklusjoner. (Kvale & Brinkmann, 2009, s 239). I forskningsarbeidet forsøkte jeg å være bevisst på dette perspektivet siden jeg har egenerfaring fra feltet. Egenerfaringen min har vekket min interesse for området, jeg har vært interessert i å undersøke informantenes erfaringer framfor å fremheve mine egne erfaringer. Jeg har forsøkt å sikre en perspektivistisk subjektivitet ved å relatere intervju spørsmålene til veiledernes beskrivelse av oppgaver og føringer for koordinerende enhet. Kvale og Brinkmann stiller spørsmål om kunnskap som produseres gjennom intervju kan være objektiv. (Kvale og Brinkmann, 2009, s.272)

5. Resultat og analyse

5.1 Analyse.

Metodene for å analysere kvalitativ forskning er mange, de kan være kompliserte og nyanserte. (Braun & Clarke, 2008 s. 78). Jeg har valgt tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke for å bearbeide det transkriberte materiale og for å fortolke resultatene. Metoden beskrives som en fleksibel metode for å kunne identifisere mønstre i innsamlede data. Metoden brukes for å produsere kvalitative analyser som passer for å utvikle og informere. Flexibiliteten i metoden gjør at man kan velge de temaene som trer fram som viktige i analysen, Men flexibiliteten er ikke ubegrenset, Braun og Clarke beskriver en metodikk som består i å skaffe seg oversikt over datamaterialet, se etter mønstre og meninger som framkommer. De presiserer viktigheten av at analyse materialet ikke må innsnevres i denne første fasen av analysen. De anbefaler at forskeren selv transkriberer materialet og at det transkriberte materialet gjennomarbeides og kontrolleres nøye. Braun og Clarke beskriver at dette er en prosess som det er nødvendig å bruke tid på. Etter at materialet er transkribert, gjennomarbeidet og kontrollert skal det identifiseres temaer, og ut fra dette settes opp

kodinger i materialet. Underveis skal temaene undersøkes og defineres, samles og navngis. Braun og Clarke oppgir at det er en fallgrube å bearbeide det transkriberte materialet på en måte som samler opp spørsmål fra intervjuene og gir svar på disse. De oppfordrer til å lete etter temaer og finne ulike aspekter ved temaene for å kunne tolke disse i analysen. Nøkkelen i temaet relateres til om det fanger opp det som er viktig i forhold til problemstillingen. Tematikken går bak ordene og identifiserer underliggende holdninger, ideologier og ideer. De anbefaler at forskeren skal ha et overblikk over temaer som kommer opp og se etter om det framkommer et mønster med temaer som kommer opp flere ganger. Braun og Clarke påpeker at forskeren må ta hensyn til sine tidligere erfaringer om emnet og ikke kan utelate denne erfaringen. Braun og Clarke påpeker viktigheten av å kjenne til hvem som skal lese det skriftlige materialet og tilpasse rapporten til leserne. Det er veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator fra 2015 som er utgangspunkt for mine intervju spørsmål. I spørsmålene tok jeg utgangspunkt i oppgavene og føringene som beskrives i veilederen. Temaene i spørsmålene var utgangspunkt for kodingen. Jeg håper at det jeg har funnet kan bidra til å utvikle fagområdet og derigjennom komme brukerne til nytte. Jeg gjorde opptak av intervjuene og hørte igjennom opptakene mange ganger og transkriberte intervjuene ord for ord, Opptakene var av god kvalitet og jeg oppfattet all dialog på opptakene. Jeg har hørt igjennom og sjekket min transkribering for å forsikre meg om at jeg har fått med alle ytringene. Deretter har jeg kontrollert utskriftene av det transkriberte materialet ved å lese utskriftene samtidig som jeg fulgte med på opptakene. Jeg har videre lest igjennom utskriftene av transkriberingene flere ganger for å sikre at jeg har oversikt over det materialet som ligger i intervjuene. For å sikre forståelsen av dataene og danne grunnlaget for videre analyse systematiserte jeg teksten ved å lage underpunkter som passer for å finne svar på problemstillingen og underspørsmålene. Jeg brukte fargetusjer for å markere de ulike kategoriene og laget oppsummeringer av disse kategoriene. Jeg støttet meg til veilederen da jeg planla intervjuene og utformet spørsmål til intervjuguiden. Da jeg skulle kategorisere materialet fra intervjuene forsøkte jeg å sette opp kategoriene ettersom de framkom i intervjuene. Noen temaer utkrystalliserte seg i intervjuene.

Som det beskrives i Braun og Clarke har jeg identifisert mønstre, for å finne fram til det som er viktig for å besvare min problemstilling; om hvordan informantenes forteller om sine praksiserfaringer og hvordan de opplever at de fyller oppgavene som beskrives i veilederen. Jeg har støttet meg til institusjonell etnografi hvor det vektlegges hvordan de menneskene som studeres selv erfarer verden, og derigjennom bidrar til kunnskapsproduksjon. Dette er

utgangspunktet for videre studier. Institusjonell etnografi er også beskrevet som en metode som er egnet for å studere organisasjoner med uklar struktur. For å gi uttrykk for hvordan informanten selv presentere seg har jeg brukt meningsbærende sitater som kan bidra til å belyse materialet i analysen. Veilederen har gitt føringer og beskrevet oppgaver som skal tillegges koordinerende enhet. Koordinerende enhet er en lovpålagt oppgave for kommunene, men det er opp til kommunene selv hvordan de velger å organisere koordinerende enhet. Informantene fortalte om hvordan de var organisert og hvilke ansvarsområder de hadde i jobbene sine. De beskriver store variasjoner rundt organisatoriske forhold og arbeidsoppgaver. Informantene i mine intervju har beskrevet sin arbeidshverdag, sine praksiserfaringer og hvilke muligheter og utfordringer de selv opplever at jobbene deres gir dem. Noen av informantene hadde koordinatoroppgaver og jobbet med brukere mens andre hadde lederjobber med personalansvar for andre ansatte. Noen var organisert i avdelinger underlagt andre tjenester, mens andre hadde lederstillinger som var langt høyt i organisasjonshierarkiet. En av informantene fortalte at bydelen der hun jobber ikke har satt koordinerende enhet på organisasjonskartet, men at hun var utpekt til å delta i nettverksgruppen. ”... Det står ikke på noe organisasjonskart. Men det er egentlig ikke på papiret noe sted, så i denne sammenhengen er jeg ”utskremt” medarbeider”. Av mine informanter som hadde koordinatoroppgaver jobbet de fleste hovedsakelig med saker der brukerne var barn og unge. Mens informantene som hadde lederansvar jobbet med både barn og voksne. Begge gruppene var opptatt å kunne være synlig og tilgjengelig for samarbeidspartnere og brukere og begge gruppene var opptatt av ivaretagelse og samarbeid med koordinatorene. Begge gruppene diskuterte forståelse av rehabilitering og hvordan de kunne sikre at brukerne kunne medvirke i egne rehabiliteringsprosesser og det ble tematisert ulike måter å samarbeide med brukerorganisasjoner. I en av gruppene ble det mye fokus på en av informantens planer om å sette i gang et prosjekt for å utarbeide familieplaner for familier der flere av familiemedlemmene hadde behov for koordinert oppfølging. I gruppen som ble intervjuet i juni var fokuset stort på en omorganiseringsprosess for hele kommunen som var planlagt igangsatt fra høsten etter. Dette temaet ble ikke gitt mye oppmerksomhet i intervjuet i april. De fleste av informantene jobbet med habilitering og derfor er det flest eksempler fra saker angående barn og deres foreldre.

5.2 Forståelse av rehabilitering

Forståelse av rehabilitering ble tematisert i intervjuene. Målgruppen for habilitering og rehabilitering er slik det defineres i Stortingsmelding 21 personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Mennesker som må mestre livet med varige funksjonsnedsettelse eller mestringsutfordringer skal tilbys tjenester. ICF beskriver en biopsykososial forståelse av rehabilitering hvor ulike faktorer er avhengige av hverandre og må spille sammen. Veilederen vektlegger behov for en tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering. Informantene presiserte viktigheten av å tilrettelegge for det gode liv og ivareta individuelle behov. De trakk fram at det ikke trengte å koste mer for bydelene å tilby et tjenestetilbud med større grad av spesielt tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i den enkeltes behov, ”skreddersøm”. Informantene diskuterte forståelse av rehabilitering, hvordan rehabilitering innebærer å se utover den konkrete funksjonssvikten eller skaden. En av informantene beskrev at koordinerende enhet skulle følge opp ”...de som kom til kort i systemet...”. At det var viktig å se det enkelte mennesket. ”... Og det er veldig individuelt hvordan de definerer et godt liv. Og det er sikkert veldig forskjellig for oss alle, og det er det jo for brukerne våre og.... Absolutt...”. Informantene snakket om brukere med ulike behov og de nevnte konkret mennesker med både psykiske helseproblemer og psykososiale problemer og mennesker med rusproblematikk som mottakere av tjenestene. ”... Sånn med rusmisbrukere at det må være veldig små mål... så det må tilpasses veldig det med skreddersøm det der....” Informantene presiserte at rehabilitering ikke er synonymt med behandling. ”... ja, jeg har lyst til å ta opp en påstand om at rehabilitering er mer enn behandling...”

5.3 Brukermedvirkning og familieperspektiv.

Utgangspunktet for brukermedvirkning er prinsippet om at de som påvirkes av en beslutning skal gis innflytelse på utforming av tjenestene. Dette er gjeldende for alle samfunnsområder og ikke kun for rehabiliteringsfeltet. Sentralt i dette er respekten for enkeltmenneskets selvbestemmelse, rettsikkerhet og autonomi. (Veilederen s. 17). I veilederen skrives det at koordinerende enhet skal legge til rette for god brukermedvirkning, inkludert samhandling med pårørende og det anbefales at koordinerende enhet bidrar til systematisk samarbeid med brukerorganisasjoner. Veilederen anbefaler at koordinerende enhet innhenter brukererfaringer

som ledd i kvalitetsforbedring. (s. 74). Informantene var opptatt å sikre brukermedvirkningen og ivareta brukers eget syn på sin situasjon. Informantene eksemplifiserte dette med arbeid med individuell plan som eksempel på å sikre brukermedvirkningen, de mente at spesielt web-basert IP vil bidra til å sikre økt grad av brukermedvirkning. ”...så har vi brukermedvirkning i form av ACOS-IP, vi prøver i hvert fall.”. ACOS-IP er løsningen for web-basert-individuell plan som er valgt i Oslo kommune. Informantene trakk fram viktigheten av at brukerne hadde en person de kunne ta kontakt med når de trengte det. De mente at dette kunne være det viktigste med den koordinerte oppfølgingen. For at brukerne skal slippe å slippe å lete i et system som er både fragmentert og sammensatt er det viktig for brukere, eller deres pårørende å ha en kontaktperson. At brukerne kunne ha en person de kan kontakte når de trenger bistand i sin rehabiliteringsprosess. ”...Ja, for det de ønsker, de ønsker en sånn kontaktperson, de sier det samme både brukere og pårørende...”. Veilederen presiserer viktigheten av å se familien i helhet og at noen familier kan ha flere familiemedlemmer med behov for koordinerte tjenester. Det var størst fokus på pårørendesamarbeid i saker habiliteringssaker hvor barn er brukere. Siden det var fleste av mine informanter som jobbet med habilitering var dette naturlig. Flere informanter tok opp dilemmaet om hvordan de kunne vite at det var barnets og ikke foreldrenes målsettinger som var bakgrunn for ønsker som ble presentert. Ulike forventninger hos bruker selv og hos pårørende kunne også være et problem i saker hvor brukerne er voksne. Flere av informantene fortalte om samarbeid med brukerorganisasjoner, og eksemplifiserte med at en brukerrepresentant deltok i en prosjektgruppe, og ved at brukerorganisasjoner var med på planlegging og gjennomføring av en fagdag. ”... Vi har forresten Mental Helse med på det, som representant i koordinerende enhet, hun kommer jo med sånne innspill...” Det var mye fokus på familieperspektivet i intervjuene. En av informantene fortalte om at hun hadde fått i oppgave av sin leder, bydelsdirektøren, å utarbeide forslag om å starte å jobbe med å utarbeide rutiner for å lage familieplaner. Arbeidet var foreløpig på planleggingsstadiet, men informanten fortalte mye om planer for det videre arbeidet, og om hun hvordan hun forsøkte å samarbeide med andre instanser, hun nevnte som barneverntjenesten som eksempel. ”... Vi har ønsker og tenkt å finne et system for familieplaner...”. En annen av informantene trakk fram betydningen av at familien har behov for støttende omgivelser og eksemplifiserte dette med at det var viktig for familien å ha gode boliger.

5.4 Organisering av koordinerende enhet.

Synlig og tilgjengelig, eller usynlig og utilgjengelig? Veilederen beskriver at ”... kommunen skal ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse.” (Helsedirektoratet, 2015, s. 30) Koordinerende enhet skal være et fast gjensidig kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid og ha en sentral rolle i den interne samhandlingen. Det må sikres god lederforankring. Koordinerende enhet skal nedfelles i kommunenes planverk og være synlig i organisasjonen, (s. 78). Alle informantene bortsett fra en kjente til kommunens kvalitetssystem, Compilo, og visste at koordinerende enhet var beskrevet der. Flere informanter beskrev at det tilfeldig hvordan de fikk kjennskap til brukere med koordineringsbehov. ”... Det er jo nettopp det at vi blir usynlige, at vi når den delen av befolkningen vi kjenner og ikke den generelle befolkningen som sådan”. Informantene hadde ulik forståelse av hvor synlig koordinerende enhet var i deres bydel. Informantene som var organisert høyere opp i hierarkiet, formidlet at de opplevde større grad av synlighet. En informant uttalte at hun opplevde at koordinerende enhet var ”... usynlig og utilgjengelig ...”. I hennes bydel var det ikke definert hvor koordinerende enhet var organisert, og hun var organisert i en avdeling i tjenesten for barn og unge. Andre fortalte om at de opplevde å være synlig og kjent for samarbeidspartnere fordi de hadde jobbet lenge i bydelen. Flere av informantene formidlet at de ønsket at koordinerende enhet hadde vært bedre kjent blant samarbeidspartnere og de stilte spørsmål til om kollegaer og overordnede kjente godt nok til koordinerende enhet. En informant sendte ut regelmessig informasjon til ansatte i bydelen der hun jobbet. To av informantene tok opp at de hadde søkt etter informasjon om koordinerende enhet på kommunens nettside og ikke funnet slik informasjon. ”... Og men, hvis man går inn på Oslo kommunes nettside så er det ganske lite, lite informasjon å få der også om koordinerende enheterså, men, ja, nei, det liksom går på folkemunne ...”. Informantene formidlet problemet med at spesialisthelsetjenesten hadde problemer med å finne fram til koordinerende enhet i de ulike bydelene da organiseringen av koordinerende enhet er ulik i hver bydel. ”... Spesialisthelsetjenesten blir jo så sliten av all den ulike organiseringa”. En planlagt omorganisering av tjenestene i bydelen gir bekymring for om det kommer til å bli enda vanskeligere å finne fram til koordinerende enhet. ”... Jeg tror nok ansatte vet hvor de skal henvende seg ... men jeg tror som sagt at innbyggerne ikke vet og nå som vi blir omorganisert, ... altså de kommer til å bli ganske forvirra i en periode, altså, det er jeg overbevist om.....”. Informantene diskuterte seg imellom om de selv hadde tilstrekkelig oversikt over bydelenes aktiviteter for å utfylle rapporteringsplikten. F.eks. har de en pålagt

oppgave med å rapportere om antall personer som har oppfølging med individuell plan. Flere av informantene fortalte om erfaringer med at det dukket opp brukere de skulle hatt kjennskap til tidligere, og at personer som etterspør koordinert oppfølging ikke blir henvist til koordinerende enhet.

5.5 Bidrag til samarbeid på tvers.

I forskrift for rehabilitering vises det til kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering, koordinerende enhet bør ha et sentralt ansvarsområde i planleggingen av habiliterings- og rehabiliterings tilbudet i kommunen. Veilederen sier at koordinerende enhet skal etablere forutsigbare og formaliserte samarbeidsrutiner for å unngå brudd i forløpet. Informantene fortalte om samarbeid med andre sektorer. En av informantene beskrev hvordan hun hadde forsøkt å få i gang samarbeid med Barnevernet. Bestillerenhetene/søknadskontorene som var viktige samarbeidspartnere og den instansen de fikk henvisninger fra. Fastlegene var også viktige samarbeidspartnere. Informantene delte sine erfaringer om hvordan de fikk etablert samarbeid med fastlegene. Flere hadde erfart at det var enklest å få fastlegene til å delta i samarbeidsmøter dersom møtet ble lagt til fastlegenes arbeidsplasser. Informantene samarbeidet systematisk også med andre instanser, fastleger, nav, tjenester innen rus/psykiatri og med spesialisthelsetjenesten. En informant eksemplifiserte dette med å reflektere rundt hvordan de vurderte boligsaker. At de forsøkte å hjelpe barnefamilier med funksjonshemmede barn til å få kjøpt egen boliger ved hjelp av ordningen med startlån. En ordning som NAV ved Boligkontorene forvalter : ”... bolig, så slipper de å leie, mye forferdelige utleieleiligheter nå, sånn at de får et stabilt familieliv, den der flyttinga. Så jobber vi mye med startlån, egen bolig, og prøver å få i gang barnefamilien og få i gang dem og prøve å få stabilisert dem... ”. Det formaliserte samarbeidet med å utarbeide samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten var ikke lagt til koordinerende enhet, men ble forvaltet av ledere i overordnede stillinger i bydelene.

5.7 Arbeid med individuelle planer og koordinatorene.

Veilederen beskriver at koordinerende enhet har en viktig oppgave med å ha overordnet ansvar for individuelle planer og oppfølging av koordinatorene. Oppgaven innebærer å motta meldinger

om behov fra borgere og alle samarbeidspartnere. Koordinerende enhet må utarbeide rutiner for arbeidet. Det må gis tilbud om opplæring og videre kompetanseheving for dem som jobber som koordinatorene. Alle informantene hadde god kjennskap til og erfaring med å jobbe med koordinert oppfølging og med individuelle planer. Noen informantene jobbet direkte med dette, mens andre hadde lederoppgaver med personalansvar eller andre mer overordnede oppgaver. Noen hadde arbeidsoppgaver med rapporteringer om individuelle planer og med å fordele oppgaver til koordinatorene og igangsette koordineringen. Informantene fikk henvisninger fra flere ulike instanser. De som jobbet med voksne fikk mange av henvisningene fra bestillerenheten/søknadskontoret. Overgangen til web-basert individuell plan (ACOS-IP er systemet som bruk i Oslo kommune) hadde påvirket hvordan det ble jobbet med individuell plan. En informant hadde erfart at det var mer fokus på individuelle planer hos barn enn hos voksne i bydelen hun representerte. Hun hevdet at det ikke var blitt laget individuelle planer for voksne i den bydelen hun jobbet i. Informantene fortalte om at koordinatorene ble oppnevnt fra ulike tjenesteområder i bydelen, relatert til hva slags utfordringer som var mest fremtredende hos brukerne. Det ble nevnt at ergoterapeuter og ansatte som jobber innen tjenesten til mennesker med som sliter med problemer relatert til rus og psykiatri var de som i størst grad påtok seg koordineringsoppgaver. Opplæring av koordinatorene ble sett på som en viktig oppgave for koordinerende enhet og informantene beskrev ulike måter å bistå koordinatorene. En informant fortalte at de arrangerte årlige fagdager i bydelen der hun jobbet. Flere av informantene fortalte at de hadde et forum for koordinatorene i bydelene, koordinatorforum. Hvor koordinatorene med mye erfaring kunne gi oppfølging til mer uerfarne koordinatorene, og de kunne ta opp fagrelaterte temaer. ”...Fint å møtes i koordinatorforum, de har sagt at de ønsker å kunne samles og snakke sammen og utveksle erfaringer, også rundt det å være koordinator, for det er klart at det er krevende...”. Flere av informantene beskrev at det kunne være vanskelig å rekruttere koordinatorene. ”... Ved tvilstilfeller må koordinerende enhet kunne utpeke hvilken instans som skal være koordinator.”. En informant som også jobbet med koordinering formidlet at det kunne føles som å ha ”... hodet halvt under vann...” En av informantene fremhevet spesielt at ansatte i gruppeboliger for utviklingshemmede jobbet godt med individuelle planer. Ansatte i gruppeboliger for utviklingshemmede er fagpersoner som i stor grad er vant med å jobbe med ulike former for planer, og har det under huden. ”...Jeg tror det er mye internopplæring, spesielt for de som jobber i bolig, ja, de er så fornøyde. De har litt mer ro på dagtid når bruker er på utdanning eller arbeid. De har enklere planer, stabile instanser, brukeren har jo kommet i bolig og da er det mye gjort....”. En av informantene stilte spørsmål til om det hadde blitt

mindre fokus på koordinering og oppfølging med individuell plan i de siste årene. Hun opplevde at individuell plan og koordineringsarbeid hadde fått mer oppmerksomhet da stortingsmelding 21 ble lagt fram og i forbindelse med at forskriftene for rehabilitering ble presentert. Hun etterlyste at det skulle settes mer fokus på arbeid med koordinert oppfølging og individuelle planer. ”... Så har folk jobbet opp noen systemer og så begynner det å skli litt tilbake, så nå har jeg inntrykk av at nå må man liksom mobilisere igjen”.

5.8 Muligheter og utfordringer .

Problemstillingen etterspør hvilke muligheter og utfordringer informantene forteller om i forhold til å oppfylle føringene fra veilederen. Slik som beskrevet i institusjonell etnografi er det informantenes beskrivelse av hvordan de opplever sin hverdag som er grunnlaget for kunnskapsutvikling, i denne oppgaven er det informantenes beskrivelser av hvordan de opplever arbeidshverdagen sin relatert til de erfaringene de gjør seg i arbeidet i koordinerende enhet. Jeg har forsøkt å studere hvordan informantene selv beskriver sine praksiserfaringer. Mine informanter fortalte om sine erfaringer og opplevelser med koordinerende enhet, de beskrev at det var både muligheter og utfordringer i jobbene sine. ”--- det har et stort potensiale, det viktigste er jo at det er de som trenger hjelp, koordinerte tjenester over tid, at de virkelig opplever at de får det. At de får en kontaktperson og at de får det de skal ha...”. Informantene har god oversikt over hvordan systemene fungerer og kan ved dette påvirke positivt slik at brukerne får gode tjenester. De kan ta hensyn til individuelle behov hos brukere og gjøre individuelle tilpasninger. Gjennom arbeidet i koordinerende enhet hadde de fått mulighet til å etablere samarbeidsarenaer og møteplasser for å kunne samarbeide over flere områder. Det ble vist til et konkret eksempel med regelmessig samarbeidsmøte med deltagelse fra både spesialisthelsetjenesten, DPS, og bydelens tjenester innen psykisk helse. Informantene beskrev hvordan de fikk samarbeidspartnere til å delta i samarbeidet rundt brukerne, eksempelvis ved at de tilbød seg å avholde møter på fastlegenes arbeidsplasser for at fastlegene kunne delta i samarbeidet. Å ha mulighet til å etablere ordning med kontaktpersoner for enkeltbrukere ble framhevet som positivt. En informant fortalte om hvordan hun hadde fått re-etablert samarbeidet mellom en pårørende og saksbehandlerne. Ved å følge den pårørende til saksbehandleren og hjelpe til med at saksbehandleren fikk en mer helhetlig beskrivelse av familiens situasjon. Informanten fortalte at etter at hun hadde fulgt den pårørende fungerte samarbeidet mellom saksbehandleren og den pårørende godt, og den

pårørende fikk tilliten til hjelpeapparatet tilbake. Informantene fortalte at de hadde mulighet til å gi veiledning og bistå brukere til å finne fram i systemet, og at de kunne følge dem og etablere kontakt med enheter også utenfor den tradisjonelle helsetjenesten, NAV ble nevnt som eksempel på dette. Å sikre flyten og hindre brudd i tjenesten var en annen del av dette. En av informantene som tok opp dette relaterte det til at dette lyktes best ved å forankre tjenesten høyt opp i systemet, eksempelvis rett under bydelsdirektøren. De fleste av informantene hadde jobbet lenge i koordinerende enhet og kjente godt organisasjonen der de jobbet. De mente at dette ga muligheter for samarbeid ved at de kjente systemet og visst hvem de skulle ta kontakt med, og at samarbeidspartnerne kjente dem fra tidligere. En informant fortalte om planer for et utviklingsarbeid ved at hun skulle starte med å utvikle familieplaner for å ivareta hele familien behov slik veilederen beskriver i tilfeller der flere i en familien kan ha behov for koordinert oppfølging. Samarbeid med brukerorganisasjoner ble framhevet som en positiv mulighet for å jobbe slik veilederen beskriver. Deltagelse i nettverksgruppa ble fremhevet positivt, i begge gruppene var de samstemte i at det var inspirerende å delta i nettverksgruppa, fint å få inspirasjon og diskutere aktuelle temaer.

Den utfordringen som ble vist størst oppmerksomhet var at koordinerende enheter er dårlig kjent og at det er vanskelig å finne fram til enheten, både for brukere og for samarbeidspartnere. At koordinerende enhet er ulikt organisert i bydelene gjør det vanskelig for samarbeidspartnere å finne fram. Dette ble belyst med eksemplene om at spesialisthelsetjenesten hadde meldt at det var vanskelig å finne fram til koordinerende enhet på bydelsnivå ”...Spesialisthelsetjenesten blir jo litt sliten av all den ulike organiseringa...”. Informantene hadde også selv gjort seg erfaringer med at det var vanskelig å finne de koordinerende enhetene i andre bydeler, de hadde lett på kommunens internettsider og ikke funnet informasjon om bydelens koordinerende enheter der. Rehabilitering har en uklar organisasjonsmessig tilhørighet og er ikke er begrenset til en sektor. Lovgivningen rundt hvordan koordinerende enhet skal organiseres er uklar, statlige føringer har betydning og bidrar til å omforme virksomheter, og det er ikke nedfelt en naturlig organisasjonstilhørighet i den kommunale virksomheten. (Breimo & Thommesen, 2012, s. 282). Informanter fortalte om ulike organisasjonsformer for koordinerende enhet, fra å være organisert under bydelsdirektør til at de ikke hadde noen definert koordinerende enhet, men bare være utpekt til å delta i nettverksgruppa som deltaker fra bydelen. Informantene meldte om utfordringer knyttet til at brukerne kunne ha forventninger til hva de kunne få hjelp til gjennom koordinerende enhet. Et eksempel som ble brukt for å illustrere dette var brukere som hadde

fått store forventninger til hva de kunne få av hjelpetilbud i bydelen. Dette var informasjon de hadde fått gjennom opphold i spesialisthelsetjenesten, virkelighetsbeskrivelsen samsvarte ikke med bydelenes tilbudene. ”Ofte kommer foreldrene fra annenlinjetjenesten hvor det har fått en beskjed om at de skal ha en individuell plan, men hva skal de bruke den til. Nei, de har ikke peiling, men det er noen som har sagt at de skal ha en individuell plan, de vet ikke innholdet eller ... og da ville vel alle si ja, for om man ikke har en individuell plan så går alt skeis....”. En annen utfordring informantene meldte om er at de fant det vanskelig å være sikre på at målsettinger og ønsker som foreldrene hadde kanskje ikke var barnas egne ønsker. Informantene beskrev at det kunne være utfordrende å finne koordinatorene og så være sikre på at koordinatorene fulgte opp oppgavene sine, bl.a. ved å følge opp arbeidsoppgaver knyttet til koordinatortilbudene. ”...Jeg tror det kanskje blir for tidkrevende, at de synes det å være koordinatorene er tidkrevende og så skal de enda mer, og attpå til gå i veiledningsnettverk og gå på kurs...”. Informantene meldte også om at det var en utfordring med koordinatorene som avsluttet den koordinerte oppfølgingen, og at rutineene for å melde dette til koordinerende enhet var ufullstendige. Noe som betød at brukere i praksis kunne være uten oppfølging av koordinator uten at det ble gitt beskjed. De presenterte utfordringer knyttet til samarbeidspartnere, ved at samarbeidspartnerne ikke fulgte opp avtaler eller deltok i samarbeidet slik det var planlagt. En av informantene fortalte om at hun hadde innkalt til et samarbeidsmøte samarbeidspartnere fra et annet tjenesteområde, men at ingen møtte opp. Tilsvarende erfaringer ble beskrevet ved at møter ble avlyst. Informantene fortalte om at kommunikasjonen med fastlegene kunne være vanskelig, ved at fastlegene ikke alltid svarte på henvendelsene. En av informantene som jobbet med habilitering hadde erfart at barnevernet meldte seg ut av samarbeidet dersom de avsluttet oppfølgingen av et barn, noe som vanskeliggjorde å få til kontinuiteten i samarbeidet, da det var umulig for ansatte i barnevernet å påta seg koordinatoransvar. Informantene som jobbet i små enheter opplevde utfordringer knyttet til at enhetene var sårbare. Flere informanter stilte spørsmål til om det var blitt mindre fokus på koordinerende enhet i det siste. De mente ta interessen hadde avtatt i forhold til da det å jobbe med individuelle planer og koordinert oppfølging var nytt like etter at stortingsmeldingen om rehabilitering ble lagt fram, og jobbing med individuell plan og koordinert oppfølging ble forskriftsfestet og lovpålagt. .

6.1 Drøfting.

Gjennom intervjuene fikk jeg et innblikk i informantenes arbeidssituasjon. Mine informanter kommer fra flere bydeler og de har ulik opplevelse av hvordan oppgavene i veilederne ivaretas. Selv om informantene deltar i nettverksgruppen for koordinerende enheter og jobber med koordinering representerer de ulike bydeler og de har ulike stillinger og arbeidsoppgaver. Noen av dem jobber direkte med koordinering mens andre har en overordnet jobb, noen har lederansvar med personaloppfølging. Dette ga meg mye informasjon, og denne informasjonen er grunnlaget for sammenfatningen i drøftingen.

Siden jeg ønsket å undersøke erfaringen til informantene relatert til hva som beskrives i veilederen har jeg tatt utgangspunkt i veilederens beskrivelser og hovedpunkter. Jeg har selv erfaring med å jobbe i en koordinerende enhet og jeg har forsøkt å balansere egen subjektivitet og interesse for temaene med en objektiv forskerrolle. Jeg har vært bevisst på å ikke lete etter funn som er til bevis for mine egne meninger, Kvale og Brinkmann definerer dette partisk subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 239). Jeg har forsøkt å innta perspektiver som gjør at jeg kan undersøke erfaringene som mine informanter har gjort seg om sin praksishverdag. Jeg har relatert mine funn til det veilederen beskriver av føringer og oppgaver og jeg håper at kunnskapen som kommer fram gjennom dette arbeidet kan bidra til å utvikle kunnskapen om koordinerende enheter innen habilitering og rehabilitering. Informantene var aktive og engasjerte i gruppeintervjuene og ga tilbakemelding på at de hadde opplevd at det var fint å kunne diskutere koordinerende enhets oppgaver relatert til veilederens beskrivelse og at de synes at de selv hadde fått utbytte av å sitte sammen og reflektere og diskutere. ”...ja, fint å få inspirasjon,, liksom løfte det opp...”. Jeg har brukt institusjonell etnografi som metode for å gjennomføre forskningen. Det er Braun og Clarkes analysemodell, tematisk analyse jeg har brukt for å analysere resultatene jeg har innhentet fra informantene i gruppeintervjuene. Dette er mitt materiale for å videreutvikle kunnskap, og opplysningene jeg har innhentet gjennom intervjuene bidrar til å belyse problemstillingen, og tilføre kunnskap til feltet. Jeg fant det relevant å undersøke hvordan informantene forsto rehabiliteringsbegrepet. De bekreftet forståelsen av nødvendigheten av å bruke skreddersøm for å lage individuelle tilpasninger og de er opptatt av forhold som handler om mer enn medisinske faktorer og behandlingsopplegg. Svarene jeg fikk fra dem forstår jeg som at de har en helhetlig forståelse av rehabilitering, i samsvar med en biopsykososial forståelse av rehabiliteringsbegrepet slik det beskrives i Stortingsmelding 21 og i ICF. De

snakket om at rehabilitering var mer enn en behandling for å gjøre frisk etter en medisinsk tilstand, de var opptatt av en helhetlig situasjon, om forhold i omgivelsene og av familiens helhetlige situasjon. De snakket om sammenhengen mellom sosial forhold og brukeres behov for tiltak. Dette ble eksemplifisert med at en informant tok opp eksempler fra hvordan de jobbet med målsettingsarbeid med rusmisbrukere hvor de beskrev hvordan de lyktes ved å bistå brukerne til å sette små, konkrete og oppnåelige mål. Og de brukte eksempler fra fattigdomsproblematikk om hvordan boligsosiale forhold kunne påvirke en pågående rehabiliteringsprosess. Problemstillingen jeg har undersøkt etterspør informantens praksiserfaringer relatert til føringer og oppgaver i veilederen. Jeg har også etterspurt hva de ser som muligheter og utfordringer i arbeidet. Jeg har definert tre underspørsmål til problemstillingen; Om enheten oppleves å være synlig, og tilgjengelig, arbeid med individuelle planer og koordinatorene, og ivaretagelse av brukermedvirkning.

6. Synlig og tilgjengelig organisering?

Kommunene står fritt til hvordan de vil organisere sin virksomhet, og dette kom til uttrykk ved at de koordinerende enhetene som var representert i mitt materiale var organisert på flere ulike måter. Jeg har etterspurt om informantene opplever at den koordinerende enheten er synlig og har god tilgjengelighet for dem som trenger å komme i kontakt med den. De som var organisert høyt i organisasjonshierarkiet uttrykte at de var mer tilfredse og opplevde at de i større grad var synlig og tilgjengelig for dem som trengte å få kontakt med dem. Andre informanter var organisert tilfeldig i avdelinger og ikke engang definert at de var organisert i koordinerende enhet, de beskrev at de opplevde at de var lite synlig i organisasjonen, at de var sårbare og at ikke brukerne og samarbeidspartnere fant dem. Dette samsvarer med tidligere forskning og anbefalinger om å organisere enheten høyt i hierarkiet, helst like under rådmannsnivå. Noe som i Oslo kommune tilsvarer å organisere enheten rett under bydelsdirektøren. Flere informanter opplevde at det var tilfeldigheter som gjorde at samarbeidspartnere kjente til enheten. En informant som uttalte at hun var ”utskremt” til å delta i nettverksgruppen. Den samme informanten uttalte også at hun opplevde at den tjenestestedet der hun var organisert i bydelen der hun jobbet hadde en uklar tilknytning til koordinerende enhet og hun beskrev den koordinerende enheten som ”usynlig og utilgjengelig”. En planlagt omorganiseringsprosess vakte bekymring for at de koordinerende enhetene skulle bli organisert slik at de ble enda mindre synlig. Oslo kommune sto foran en

større omorganiseringsprosess som skulle iverksettes fra høsten 2017. På tidspunktet jeg gjennomførte intervjuene var det fortsatt mye uklarheter rundt omorganiseringsprosessen. Flere av informantene hadde ikke fått beskjed om hvordan omorganiseringen ville påvirke deres arbeid. Jeg merket meg at det var mer fokus på omorganiseringsprosessen i intervjuet i juni enn på intervjuet i april noe som er naturlig da det i juni var nærmer tiden for omorganiseringen. Informantene stilte seg tvilende til om enheten var godt nok kjent for samarbeidspartnere og de mente at det var vanskelig å finne fram til den. De var redde for at det skulle bli enda vanskeligere å finne fram, og at det ville bli mye forvirring om hvor den koordinerende enheten var organisert spesielt like etter at omorganiseringen er gjennomført. Spesialisthelsetjenesten hadde gitt tilbakemelding om at det var vanskelig å finne fram til de koordinerende enhetene da enhetene er organisert ulike i bydelene, Flere informanter tok opp at informasjon om at det var lite, tilfeldig og ingen systematisk informasjon om de koordinerende enhetene på kommunens nettside, og spesielt lite informasjon om hvordan man finner koordinerende enhet i bydelene. Jeg undersøkt dette selv en tid etter at jeg gjennomførte gruppeintervjuene, desember 2017, og jeg greide heller ikke å finne informasjon om de koordinerende enhetene i bydelene i Oslo kommune. I følge veilederen skal det være slik informasjon tilgjengelig på kommunenes nettsider. Det ser ut til at dette mangler for Oslo kommune. Informantene stilte spørsmål til om det var mindre entusiasme rundt denne måten å jobbe på nå, enn det hadde vært da ordningen med IP og koordinert oppfølging var nyetablert fra myndighetene, med stortingsmelding 21, og beskrivelse av koordinerende enhet i forskrifter og senere at koordinerende enhet ble en lovpålagt tjeneste fra 2012. Selv har jeg undersøkt dette nærmere og funnet at det er lite omtale av koordinerende enhet i samhandlingsreformen og at opptrappingsplanen for rehabilitering som kom høsten 2016 skriver lite om koordinerende enhet. Er det også et uttrykk for at det ikke er så stor interesse for å jobbe i koordinerende enheter når det melder seg åtte av tredive mulige informanter for å delta i gruppeintervjuene.

6.3 Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator

Veilederen stiller krav til at koordinerende enhet skal opprette et system for å følge opp at individuelle og koordinator fungerer etter hensikten, og at rutinene for dette skal nedfelles i kommunenes kvalitetssystem. Alle informantene bortsett fra en bekreftet at de var del av bydelens kvalitetssystem, og de var opptatt av å følge opp individuelle planer og

koordinatorene som jobbet med dette. Kommunene skal ha overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Informantene jobbet med dette og hadde mye erfaring med å jobbe med individuell plan og koordineringsoppgaver, noen av dem jobbet selv som koordinatore mens andre hadde en overordnet stilling. Informantene framhevet muligheten for individuell oppfølging, noe de beskrev som en form for skreddersøm. Flere av informantene delte meninger om viktigheten av å ha en kontaktperson, at dette kunne være det viktigste med den koordinerte oppfølgingen. For å slippe å lete i et system som er både fragmentert og sammensatt og vanskelig å finne fram i er det viktig for brukere, eller deres pårørende, å ha en person de kan kontakte når de trenger bistand i sin rehabiliteringsprosess. Veilederen framhever viktigheten av å ivareta helheten i familiearbeidet, at det er koordinerende enhets oppgave å være bindeledd i saker der flere familiemedlemmer har et koordineringsbehov. En av informantene planla å starte med å lage familieplaner for å imøtekomme dette. Informantene beskrev at de hadde oppfølging av koordinatore og et kontaktnett med koordinatore. De beskrev utfordringer med oppfølging av koordinatore. Det kunne være en utfordring å finne personer som påtok seg oppgaven med å være koordinator og informantene hadde opplevd uheldige episoder med at koordinatoren hadde slutta i jobben uten å gi beskjed om behov for å finne ny koordinator. En utfordring var at flere av koordinatorene nedprioriterte å delta i samlinger for koordinatore på grunn av for stor arbeidsmengde. De trakk fram en positiv erfaring med at ansatte i bofellesskap for utviklingshemmede hadde uttrykt at de fant det tilfredsstillende å jobbe med individuelle planer. Informantene beskrev samarbeid med en rekke ulike instanser utenfor egen organisasjon, fastleger, distriktpsikiatriske sentre (DPS), barnevernet. NAV, barneverntjenesten, skoler, rusinstitusjoner og flere, ble også beskrevet av informantene. Dette samsvarer med beskrivelsen i veilederen. De beskrev at de opplevde at individuell plan var et nyttig verktøy, og de hadde forventninger til at systemet med den WEB-baserte individuelle planen som nylig er igangsatt i kommunen kunne bli et godt verktøy for å bedre kvaliteten på arbeid med individuell plan.

6.4 Brukermedvirkning

Veilederen vektlegger brukermedvirkning og at det tilrettelegges for samarbeid med brukerorganisasjoner. Dette ble også presentert som en hovedutfordring da stortingsmelding 21 ble lagt fram helt i slutten av forrige årtusen. Gjennom intervjuene fikk jeg inntrykk av at brukermedvirkningsperspektivet ble ivaretatt. Jeg fikk beskrivelser fra praksishverdagen hos

informantene som viser at de tar mye hensyn til brukeres egen medvirkning i rehabiliteringsprosessen, og de beskriver samarbeid med brukerorganisasjoner. Intervjuene gir beskrivelser av hvordan informantene jobber i forhold til mikronivå og til mesonivå. På mikronivå var informantene opptatt å sikre brukermedvirkningen og ivareta brukers eget syn på sin situasjon. På mesonivå ga informantene ga flere eksempler på systematisk samarbeid med brukerorganisasjoner og fortalte om hvordan de samarbeidet med brukerrepresentanter. Flere ulike organisasjoner ble omtalt; Mental helse, PIO-senteret, Personskadeforbundet. I en bydel hadde de med en brukerrepresentant i et forum i koordinerende enhet og i en bydel hadde regelmessig samarbeid med brukerorganisasjoner ved planlegging og gjennomføring av fagdager. Informantene var også opptatt av å jobbe med pårørende. I en bydel skulle de starte arbeid med å utvikle familieplaner for familier der flere familiemedlemmer hadde behov for koordinert oppfølging. Prosjektet var støttet av hennes overordnede, og forankret på ledernivå. De fleste av informantene jobbet med barn og flere av informantene var opptatt av samarbeidet med foreldre av funksjonshemmede barn. I begge intervjuene ble det tatt opp en problematikk knyttet til habiliteringssaker. De presenterte et dilemma i som flere hadde opplevd i arbeid med saker som angikk barn, da de ikke alltid var sikre på om det som ble beskrevet som behov hos brukerne var barnets behov eller foreldrenes behov.

6.5 Muligheter og utfordringer

Muligheter og utfordringer er ofte to sider av samme sak og jeg vil sammenfatte drøftingen med en beskrivelse som ser på denne tosidigheten i presentasjonen av muligheter og utfordringer. Informantene fortalte at de hadde muligheter for å drive med utviklingsarbeid, og at de ivaretok et helhetlig syn på rehabilitering ved å ha tilbud til brukergrupper med ulike funksjonsproblemer av både sosial, psykososial og medisinsk art slik som framheves i Stortingsmelding 21. De ivaretok samarbeid med pårørende, med brukerorganisasjoner og med andre samarbeidspartnere i både innen egen organisasjon og i et tverretattlig samarbeid og de fulgte opp ansatte som hadde koordinatoroppgaver. Imidlertid var det også en utfordring for flere at enheten var lite synlig og vanskelig å finne fram til. Dette på tross av at det har vært fokusert på koordinert oppfølging av koordinerende enhet i mange år. Enheten har vært forskriftsfestet siden de nye helselovene kom ved årtusenskiftet og lovfestet siden 2012. Det er gjentatte ganger presisert i rapporter og offisielle dokumenter at kommunen skal etablere koordinerende enhet og at enheten bør organiseres høyt i hierarkiet. Imidlertid ble det

reist spørsmål i intervjuene om det var blitt mindre interesse for koordinerende enhet nå. Spørsmålet kan sees i sammenheng med at det er gitt lite oppmerksomhet til koordinerende enhet i både Samhandlingsreformen og i opptrappingsplanen for rehabilitering fra høsten 2016. Og at det i opptrappingsplanen formuleres at Opptrappingsplanen har avgrenset seg til å i hovedsak rette seg til brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom.

7 Konklusjon og Avsluttende bemerkninger.

Åtte informanter av tredivet mulige er ikke et omfattende utvalg. Jeg har reflektert over om jeg hadde fått flere funn om jeg hadde intervjuet flere av medlemmene i fagnettverket. Jeg vet at det er vanskelig å finne tid for å stille opp til et intervju, og i en travel arbeidshverdag. Jeg opplevde at informantene var ivrige i intervjuene, samtalen fløt godt og de fikk i gang en prosess. Det ble drøftet mange temaer og jeg fikk mye stoff i de to gruppeintervjuene. Jeg har fått svar på spørsmålene i min problemstilling. Informantene som representerer koordinerende enheter i Oslo kommune jobber med å ivareta oppgavene rundt koordineringsvirksomheten med individuell plan og oppfølging av koordinatorene. Informantene ivaretar brukermedvirkningen på flere måter. Når det gjelder deres opplevelse av om enhetene er synlig og tilgjengelig er svarene flere. De av informantene som var organisert høyt i organisasjonshierarkiet, under avdelingsdirektør var mest tilfreds i forhold til å oppleve at de var synlig og tilgjengelige, de av informantene som ikke var organisert høyt i systemet uttrykte at de ikke er godt nok kjent, at det er tilfeldig om bruker og samarbeidspartnere finner dem. Flere uttrykte engstelse rundt dette i forhold til omorganiseringen som var under planlegging da jeg gjennomførte intervjuene. Informantene viser en forståelse av rehabilitering i samsvar med det som er presentert i Stortingsmelding 21 og ICF, de viser en helhetlig forståelse av rehabiliteringsbegrepet. Jeg sitter igjen med spørsmål om jeg burde ha trukket inn brukerorganisasjonene med spørsmål til dem om hvordan de opplevde at føringene og oppgavene fra veilederen ble ivaretatt i de koordinerende enhetene. På den måten hadde jeg fått med alle aktørgruppene på meso nivå, men det ville ha blitt en helt annen oppgaven

I intervjuet kom det opp andre temaer som har gitt meg nye spørsmål i tillegg til dem jeg ønsket å undersøke. Jeg ønsker derfor å avslutte med en refleksjon rundt et spørsmål som ble reist fra informantene om hvorvidt det er mindre interesse for å jobbe med koordinerende

enhet nå enn det var da ordningen var ny. Noe som også kan være en av grunnen til at det ikke var flere av gruppemedlemmene som deltok i intervjuene? Da koordinerende enhet ble forskriftsfestet som en følge av Stortingsmelding 21 og så lovfestet i 2012 var det mye fokus på koordinerende enhet og oppgavene med individuell plan og koordinatoroppfølging. Jeg har merket meg at det har vært mindre fokus på koordinerende enhet og enhetens oppgaver i noen av de siste styringsdokumentene. Koordinerende enhet har fått lite omtale i samhandlingsreformen og i opptrappingsplanen for rehabilitering. I opptrappingsplanen for rehabilitering er dessuten brukergruppen for rehabilitering snevret inn til å definere brukere som hovedsakelig har funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom. Jeg ser en motsetning i denne snevre definisjonen til en bred definisjon i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 hvor det er definert at den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. (Helsedirektoratet, 2015, s. 73). I Stortingsmelding 21 fra 1998-98 fokusertes det på en helhetlig forståelse av rehabilitering, og at rehabilitering skulle rette seg til en bred målgruppe, som sammen med forståelsen av rehabilitering som framkommer i ICF gir en biopsykososial forståelse av rehabiliteringsbegrepet.

Litteraturliste/referanser:

Andreassen, Tone Alm (2012) *Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering.*

I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk

Bogetun, Gry (2014) *Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester. Organisering av tverrfaglig re/habilitering i kommunene. En kvalitativ studie av hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglige re-/habilitering i koordinerende enheter.* (Masteroppgave) Høgskolen i Østfold

Braun, Virginia and Clarke, Victoria. (2008). *Using thematic analysis in Psykology. Qualitative Research in Psycholgy*, 3:2 77-101.

Breimo, Janne Paulsen (2011) ”*Bundet av bistand*”- en institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser (Doktorgradsavhandling), Universitetet i Nordland, Bodø

Breimo Janne Paulsen og Thommesen Hanne. *Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning.* I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk

Breimo Janne Paulsen. Rehabilitering. i I Widerberg, Karin (red). *I hjertet av velferdsstaten, En invitasjon til institusjonell etnografi*, Cappelen Damm akademisk, Oslo 2015

Christensen, Tom., Egeberg Morten., Lægreid, Per., Roness Paul G., Røvik, Kjell Arne. (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* (3. Utgave) Universitetsforlaget. Oslo:

Fangen, Katrine. (2010) *Deltakende observasjon.* (2. utgave): Fagbokforlaget Bergen.

Fimreite, Anne Lise og Grindheim, Jan Erik (2009). *Offentlig forvaltning* (2. Opplag) Universitetsforlaget. Oslo

Grue, Lars og Rua Marte (2010). *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering.*

NOVA Rapport 19/2010 Oslo

Hammell, Karen. Whalley (2006) *Perspectives on Disability & Rehabilitation. Contesting assumptions; challenging practice* Churchill Livingstone. Toronto:

Helsedirektoratet (1991) *Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91. Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering.* Statens helsetilsyn, Oslo

Helsedirektoratet (2010) *Koordinerende enheter binder tjenestene sammen. Tilbakemelding fra ni regionale konferanser for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering 2010 (IS-1909)* Helsedirektoratet, Oslo

Helsedirektoratet: (2011) *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011. Rundskriv til kommunene, Fylkeskommunene, de regionale helseforetak og Fylkesmennene fra Helsedirektoratet, (IS-1/2011).* Helsedirektoratet, Oslo

Helsedirektoratet: (2014) *Sammen om mestring. Veileder I lokalt psykisk helsearbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076),* Helsedirektoratet OSLO

Helsedirektoratet, (2015) *Veileder om rehabilitering habilitering, individuell plan og koordinering,* Helsedirektoratet, Oslo

Helsedirektoratet/Rambøll. (2010). *Perspektiver på god praksis- en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner.* Utarbeidet av Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet, (2016) *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* Særtrykk til Prop 1 S (2016-2017). Oslo

Hem, Erlend (2013). *Pasient, klient, bruker eller kunde.* Tidsskrift Norske Legeforening, utgave 8, Oslo

- Kvale, Steinar. og Brinkmann, Svend. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Oslo
- Lilleås, Guro. E. (2016). *Mandat for fagnettverk for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*, Oslo: Helseetaten.
- Lunde, Bente Vibecke, (2015). *Helhetlig rehabilitering i kommunal regi. Kommunale aktørers "oversettelse" av helhetlig rehabiliteringspolitikk*, (Doktorgradsavhandling) Universitetet i Nordland, Bodø
- Mørland, Henning; (2012) *Rehabilitering i Oslo en undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i Oslos bydeler*. (Masteroppgave). Det medisinske fakultet, UIO, Oslo
- Neumann, Cecilie Basberg & Neumann, Iver B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: en metodebok om situering*. Cappelen Damm akademisk. Oslo
- Reinhardt, J.D. (2011) ICF, *Theories, paradigms and scientific revolution. Re: Towards a unifying theory of rehabilitation*. Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine 43(3), 271-273, doi:10.2340/16501977-0673 (3 sider.)
- Riksrevisjonen: *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Dokument 3:11 (2011-2012).Riksrevisjonen. Oslo
- Sandvin, Johans Tveit. (2008). *Rehabilitering som koordinering og samhandling*. I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Gyldendal akademisk. Oslo
- Solvang, Per Koren (2012) *Et faglig kryssfelt*. I P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Gyldendal akademisk. Oslo

- Solvang, Per Koren og Slettebø, Åshild, (2012) *Forståelser av rehabilitering* I P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Gyldendal akademisk. Oslo
- Solvang, Per Koren, Hansich, Halvor og Reinhardt Jan D. (2016). *The rehabilitation research matrix: producing knowledge at micro, meso and macro levels*. Disability and Rehabilitation, 39, 1983-1989. doi: 10.1080/09638288.2016.1212115
- Sosial-og helsedepartementet (2001). *Rundskriv til forskrift om habilitering og rehabilitering*. Rundskriv 1-30/2001. Oslo
- Sosial- og helsedepartementet (2001) *Veileder for individuell plan 2001*. (I-1026) Sosial og helsedepartementet. Oslo
- St.meld.nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Helse- og omsorgsdepartementet Oslo
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strand Liv Marit: (2016) *Ivaretagelse av individuell plan i Oslo kommune- Kvalitativ studie av koordinerende enhet ivaretagelse av ordningen med individuell plan og koordinator i Oslo kommune*. (Masteroppgave) Høgskolen i Sørøst-Norge
- Sørensen, Lisbeth Villemoes. (2016) *Samarbejde i rehabiliteringsprosessen*. I Maribo T og Vinter Nilelsen, C. Rehabilitering - en grundbog. Gads forlag. København
- Ulekleiv, Randi Mattingdal. (2016). *Fra innovasjon til implementering* (Masteroppgave): Institutt for media- kultur - og samfunnsfag. det samfunnsvitenskapelige fakultet Universitetet i Stavanger. Stavanger
- Widerberg, Karin. *En invitasjon til institusjonell etnografi*. I Widerberg, Karin (red). *I hjertet av velferdsstaten, En invitasjon til institusjonell etnografi*, Cappelen Damm akademisk, Oslo 2015

Østensjø Sigrud og Sjøberg Helene L I Solvang, (2012) *ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem* I P. K. & Slettebø, Å. (Red.) (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Gyldendal akademisk. Oslo

Vedlegg:

Vedlegg 1: Mandat for fagnettverk for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Vedlegg 2: Godkjenning NSD

Vedlegg 3: Endring, NSD

Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 5: Samtykke

Vedlegg 6: Intervjuguide/temaliste



MANDAT FOR FAGNETTVERK FOR KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Utarbeidet av:	Godkjent av:	Godkjent dato:
Gunn E. Lilleås		
Signatur godkjenner:		

1. Nettverkets målgruppe

Ansatte i bydelene med ansvar for å ivareta funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Inntil to fra hver bydel.

2. Overordnet mål for nettverk ledet av Helseetaten

Overordnet mål for nettverkene er at de skal bidra til forbedring og utvikling av den kommunale tjenestetilsvetsten gjennom:

- erfaringsoverføring
- læring
- kompetansoppbygging
- innovasjon
- effektivisering
- samordning på tvers av bydeler og øvrige virksomheter

3. Nettverkets formål

Nettverkets formål er at det skal bidra til gode, effektive og likeverdige koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i Oslos bydeler. Nettverket skal bidra til forbedring, utvikling og innovasjon i tjenestene gjennom å gi deltakerne et kontaktnett i Oslo kommune og en arena for å samarbeide, dele erfaringer og lære av hverandre.

Deltakerne skal oppleve en nytteverdi i sitt daglige arbeide av å delta i nettverket. For å oppnå dette vil vi i møtene ha fokus på:

- refleksjon rundt overordnede planer og dokumenter av betydning for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- utviklingsarbeid av betydning for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- kjennskap til de ulike bydelers koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering
- systemer og rutiner for å sikre et helhetlig tilbud til mennesker med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering

4. Nettverkets organisering og drift

Nettverket lodes av Helseetaten i tråd med funksjonsbeskrivelser for nettverksleder/nettverksmedarbeider.



Nettverket skal ha et arbeidsutvalg bestående av nettverksleder, evt. nettverksmedarbeider og nettverksdeltakere valgt av nettverket. Arbeidsutvalget skal planlegge samlingene.

Nettverkets møteagenda skal:

- påvirkes av deltakerne
- sikre tid til erfaringsutveksling

I tillegg skal nettverkene:

- føre referat fra møtene
- følge «Årlig evalueringsprosess for nettverk ledet av Helseetaten» med den nødvendige forankring som beskrevet i «Rutine for nettverksarbeid i Helseetaten»

5. Kriterier for å delta i nettverket

Deltakerne skal:

- være utpekt av egen virksomhetsdirektor
- være i nettverkets målgruppe
- møte fast på møtene og melde forfall
- bidra aktivt inn i nettverket
- formidle fra nettverket i egen virksomhet

6. Eventuelle øvrige foringer for nettverket



Inger Marie Lid
Institutt for fysioterapi Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 31.03.2017

Vår ref: 53020 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53020	<i>Koordinerende enheter i Oslo kommune. Oppgaver, muligheter og utfordringer. Med problemformulering: Opplever lederne i koordinerende enheter i Oslo kommunes bydeler at de fyller oppgavene som beskrives i veileder for habilitering og rehabilitering (fra 2015)? Hvilke muligheter og utfordringer forteller lederne om?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Marie Lid</i>
<i>Student</i>	<i>Gunn Martha Londalen</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marianne Høgetveit Myhren

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endrings skjema registrert hos personvernombudet 20.07.2017.

Vi har nå registrert at Per Koren Solvang overtar som daglig ansvarlig for behandling av personopplysninger i prosjektet "Koordinerende enheter i Oslo kommune. Oppgaver, muligheter og utfordringer. Med problemformulering: Opplever lederne i koordinerende enheter i Oslo kommunes bydeler at de fyller oppgavene som beskrives i veileder for habilitering og rehabilitering (fra 2015)? Hvilke muligheter og utfordringer forteller lederne om?".

Med vennlig hilsen

--

Agnete Hessevik

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 27 97

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Til deltakere i fagnettverk for Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i Oslo kommune.

Bakgrunn og formål.

Jeg henvender meg nå til medlemmer i fagnettverk for ledere i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering ved Helseetaten, Oslo kommune, fordi jeg ønsker å bruke dere som informanter i min studie hvor jeg ønsker å få vite mer om hvilke utfordringer og muligheter kontaktpersoner i koordinerende enheter opplever at dere har for å imøtekomme oppgavene som er beskrevet i veilederen for habilitering og rehabilitering fra 2015.

Dette er knyttet til et deltids masterstudium i rehabilitering ved HIOA. Masteroppgaven skal leveres i mai 2018.

Hva deltakelse i studien innebærer.

Som informant vil jeg invitere deg til å delta i et fokusgruppeintervju av ca. halvannen times varighet. Alternativt vil jeg spørre dere om å delta i et enkeltintervju dersom det melder seg for få personer til å gjennomføre fokusgruppeintervju. Jeg setter opp to alternative dager for fokusgruppeintervju. Jeg ønsker å snakke med dere om hvordan de Koordinerende enhetene imøtekommer oppgavene som beskrives i Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 2015). Hovedtemaet for samtalen vil være å få vite noe om hvilke muligheter og utfordringer dere ser i jobben. Jeg kommer ikke til å innhente opplysninger som er relatert til opplysninger om tjenestebrukerne, eller som på andre måter er taushetsbelagte. Enkelt deltakere skal ikke kunne bli gjenkjent i den ferdige fremstillingen.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Hva som skjer med informasjonen jeg innhenter.

Alle opplysninger og innsamlet materiale vil være nedlåst og passord beskyttet og vil bli behandlet konfidensielt. Det skal kun være tilgjengelig for student og veileder.

Datamaterialet skal tilintetgjøres når prosjektet er avsluttet. Planlagt avsluttet i mai 2018.

Frivillig deltakelse.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med undertegnede, Martha Londalen. Telefon:

936 22 694 eller på mail: s125092@stud.hioa.no Du kan også ta kontakt med min veileder, Inger

Marie Lid, tlf: 415 39 541, eller på mail ingermarie.lid@hioa.no

[Jeg legger fram samtykkeerklæring for underskrift i forbindelse med fokusgruppeintervju.](#)

Jeg planlegger å gjøre intervjuene samme dag som dere skal ha møte i nettverksgruppa. Det er satt av to dager for dette:

Alternativ 1:

25. april kl. 11.30 til 12.30, møterom Slottsparken, Storgt. 51, 6.etg. (jeg spanderer enkel lunch til dere som deltar denne dagen, gi meg beskjed om dere har spesielle kosthensyn når dere melder dere på)

Alternativ 2:

7. juni kl. 11 til 12.30, møterom Kontraskjæret, 6.etg. Storgt. 51. (Jeg har fått beskjed om at dere skal få lunch på nettverksmøtet, så jeg spandere kaffe og te).

Jeg ber dere svare på mailen om dere ønsker å delta fokusgruppeintervjuet. Påmeldingsfrist settes til onsdag 5. april 2017.

Takk for at du deltar!

Med vennlig hilsen, Martha Londalen, Student, master i rehabilitering, HIOA

Vedlegg 5

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt.

Til deltakere i fagnettverk for Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i Oslo kommune.

Bakgrunn og formål.

Jeg henvender meg til medlemmer i fagnettverk for ledere i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering ved Helseetaten, Oslo kommune, fordi jeg ønsker å bruke dere som informanter i min studie hvor jeg ønsker å få vite mer om hvilke utfordringer og muligheter kontaktpersoner i koordinerende enheter opplever at dere har for å imøtekomme oppgavene som er beskrevet i veilederen for habilitering og rehabilitering fra 2015..

Dette er knyttet til et deltids masterstudium i rehabilitering ved HIOA. Masteroppgaven skal leveres i mai 2018.

Hva deltakelse i studien innebærer.

Som informant vil jeg invitere deg til å delta i et fokusgruppeintervju av ca. halvannen times varighet. Jeg ønsker å snakke med dere om hvordan de Koordinerende enhetene imøtekommer oppgavene som beskrives i Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 2015). Hovedtemaet for samtalen vil være å få vite noe om hvilke muligheter og utfordringer dere ser i jobben. Jeg kommer ikke til å innhente opplysninger som er relatert til opplysninger om tjenestebrukerne, eller som på andre måter er taushetsbelagte. Enkelt deltakere skal ikke kunne bli gjenkjent i den ferdige fremstillingen.

Studien meldes til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. (Prosjekt nr. 53020)

Hva som skjer med informasjonen jeg innhenter.

Alle opplysninger og innsamlet materiale vil være nedlåst og passord beskyttet og vil bli behandlet konfidensielt. Det skal kun være tilgjengelig for student og veileder.

Datamaterialet skal tilintetgjøres når prosjektet er avsluttet. Oppgaven skal leveres i mai 2018.

Frivillig deltakelse.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med undertegnede, Martha Londalen. Telefon: 936 22 694 eller på mail: s125092@stud.hioa.no Du kan også ta kontakt med min veileder, Per Koren Solvang, (HIOA)

Martha Londalen, Student, Master i rehabilitering, HIOA

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 6

INTERVJUGUIDE/TEMALISTE

SPØRSMÅL TIL FOKUSGRUPPEINTERVJUKNYTTET TIL STUDIE OM KOORDINERENDE ENHETER I OSLO KOMMUNES BYDELER.

Fordeling av brukergrupper:

Barn, opp til 18 år

Voksne

Både barn og voksne

Eldre, fra 67 år

- Kan dere si noe om hvordan koordinerende enheter organisert?
- Har du lederansvar?
- Har du personalansvar?
- Kan dere beskrive nærmeste leders funksjon?
- Inngår koordinerende enhets rutiner i bydels kvalitetsystem?
- Opplever du at koordinerende enhet i bydelen er synlig og tilgjengelig?
- Mener dere at koordinerende enhet i bydelen er opptatt av å legge til rette for brukers medvirkning i egen prosess? Gjerne med eksempler.
- Er dere opptatt av å ivareta familieperspektivet og samarbeide med pårørende? Gjerne med eksempler
- Ivaretar koordinerende enhet i bydelen oppgaven med å sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere?
- Har koordinerende enhet i bydelen har fått et overordnet ansvar for IP og koordinator? (Ansvaret innebærer å motta meldinger, utarbeide rutiner, oppnevne koordinatorene, kompetanseheving, opplæring og veiledning).
- Mener du at koordinerende enhet i bydelen har en sentral rolle i å utarbeide planer for habilitering og rehabilitering?
- Mottar koordinerende enhet i bydelen interne meldinger om behov for habilitering og rehabilitering?
- Har du som leder av Koordinerende enhet i bydelen har oversikt over bydels tilbud innen habilitering og rehabilitering?
- Bidrar koordinerende enhet i bydelen bidrar til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer?
- Ser du andre muligheter og utfordringer enn det som er blitt etterspurt i intervjuet?