

Masteroppgave

Masterstudium i rehabilitering og habilitering

Mai 2021

Kommunal planlegging av rehabiliteringstjenester

- en deskriptiv analyse av fire nordtrønderske kommuner

Kandidatnavn: Marianne Halsen Bikset

Kandidatnummer: 403

Emnekode: MAREH 5900

60 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Det er mange som fortjener en takk for veiledning og støtte gjennom masterprosjektet.

Takk til min arbeidsgiver Stjørdal kommune for permisjon med lønn i undervisningsuker, og inspirasjon til valg av tema for masteroppgaven. Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for støtte til pensumlitteratur.

Takk til mine to søstre Ingvild og Sigrid, for hjelp til klarspråk og husvære gjennom fire år med studiesamlinger i Oslo. Takk til min kjæreste Daniel for all oppmuntring og støtte underveis i prosjektet.

Til slutt til min veileder Marte Feiring – tusen takk for din tålmodighet og kyndige rettleiding spesielt i prosjektets slutfase. Uten din imponerende oversikt over vitenskapelige utgivelser og teoremer hadde jeg hatt dårlige odds for å komme i havn med prosjektet i koronaåret 2021.

Stjørdal, mai 2021

Marianne Halsen Bikset

Innhold

Forord	2
Innhold.....	3
Sammendrag	5
Abstract.....	6
Liste over figurer og tabeller	7
1. Introduksjon og bakgrunn.....	8
1.1. Føringer for rehabilitering.....	9
1.2. Føringer for kommunal planlegging	12
1.3. Tidligere forskning.....	13
1.4. Valg av problemstilling.....	16
2. Teoretisk perspektiv	18
2.1. Interaksjonistisk perspektiv	18
2.2. Maktperspektiv	19
3. Design, materiale og metode	21
3.1. Dokumentstudier.....	21
3.2. Materiale og utvalg	22
3.3. Analyse	24
3.4. Forskningsetisk refleksjon	26
4. Resultat	28
4.1. Organisering og plannivå.....	28
4.2. Etatsorganisering og faglig orientering.....	33
4.3. Medvirkning i planprosess og konkretisering av mål og tiltak.....	36
5. Diskusjon.....	43
5.1. Synlighet, makt og engasjement	43
5.2. Tverretatlig samarbeid og bred faglig orientering	46
5.3. Medvirkning, konkretisering og anvendbarhet	52

5.4. Metodediskusjon	55
6. Konklusjon.....	56
6.1. Videre forskning	57
Referanser	59
Vedlegg.....	63

Sammendrag

Bakgrunn: Nasjonale føringer for rehabilitering er beskrevet i lovverk, forskrift, stortingsmeldinger og Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. En fersk evalueringsrapport av Opptrappingsplanen viser at landets kommuner mangler en enhetlig tilnærming til rehabiliteringsfeltet.

Problemstilling: Hvordan planlegger og organiserer fire nordtrønderske kommuner sine rehabiliteringstjenester? Er det sammenheng mellom organisatorisk plassering av rehabiliteringstjenesten og hvilket plannivå som er styrende for rehabiliteringsfeltet? Hvordan organiseres rehabiliteringstjenesten på tvers av etater/sektorer, og har det betydning for planens faglige orientering? Hvilken sammenheng er det mellom tjenesteaktørens medvirkning i planprosessen, og konkretisering av mål og tiltak i planene?

Materiale og metode: Studien er en kvalitativ dokumentanalyse av fire kommunale plandokumenter. Planene er fra to ulike plannivå; to kommunedelplaner/helse- og omsorgsplaner, og to temaplaner/rehabiliteringsplaner.

Resultater: Kommunene som har organisert rehabiliteringstjenestene under virksomhetsnavnet Hjemmetjenester, har helse- og omsorgsplan som sitt styrende plandokument for rehabiliteringsfeltet, mens kommunene som bruker begrepet Rehabilitering og/eller Forebygging som navn på virksomhetsnivå, har utformet en egen rehabiliteringsplan. Kommunene som har fordelt rehabiliteringstjenestene i to etater, er bredere faglig orientert i sin plan. Kommunene som har samlet rehabiliteringstjenestene i én etat har en smalere og tydeligere helse- og omsorgsorientert plan. Plannivå har en åpenbar betydning for hvor overordnet eller konkret mål og tiltak beskrives.

Konklusjon: De fire kommunene har planer på ulike nivå og med ulik faglig orientering. Det å ha sin egen plan, faget synlig høyt oppe i organisasjonen og engasjerte talspersoner med inn i beslutningsprosesser kan gi makt til å sette rehabilitering på dagsordenen og ivareta tjenesteutvikling. En tverretattlig organisering av rehabiliteringstjenester synes å gi en bredere rehabiliteringsforståelse enn siloorganisering. En temaplan med konkrete mål og tiltak fremstår som et mer anvendbart og integrerende verktøy for aktører som skal jobbe med rehabilitering – fremfor en overordnet plan med overordnede mål og tiltak.

Nøkkelord: rehabilitering, planlegging, organisering, kommunehelsetjenesten

Abstract

Background: National guidelines for rehabilitation are presented in laws, regulations, and different reports. A new evaluation of the national rehabilitation development plan exposes that the municipalities lack a uniform approach to the rehabilitation field.

Research question: How do four municipalities in North Trøndelag plan and organize their rehabilitation services? Are organizational placement of rehabilitation services and type of plan coherent factors? How is the rehabilitation service organized in sectors and what effect does that show on the professional orientation of the plan? What coherence is there between professionals' participation in the planning, and the specificity of the plan?

Material and method: The study design is a qualitative analysis of four plan documents. The plans are of two different types, two overall health care plans, and two executive rehabilitation plans.

Results: The two municipalities that have placed their rehabilitation services in a unit called Home care services, have an overall health care plan as the governing document for the rehabilitation field. The two municipalities that use the term Rehabilitation and/or Prevention in the name of the unit, have their own rehabilitation plan. The municipalities who organize rehabilitation in two different agencies have a wider professional orientation than the municipalities who gather their rehabilitation services in one agency. The type of plan has an obvious significance for how overall or specific the goals and measures are described.

Conclusion: The four municipalities have differences in plan types and professional orientation. To have an executive plan, visualization of rehabilitation high up in the organization and dedicated spokespersons involved in decision-making processes can provide power to put rehabilitation on the agenda and ensure development of the field. An inter-agency organization of rehabilitation services seems to contribute to a broader understanding of rehabilitation than one-agency organization. An executive plan with specific goals and measures appears to be a more useful and integrative tool for rehabilitation professionals - rather than an overall plan with overall goals and measures.

Key words: rehabilitation, planning, organization, municipality health care services

Liste over figurer og tabeller

Figur 1: Oppgavens tre spørsmål i en interaksjonistisk begrepsramme

Figur 2: Kart over kommuner i Trøndelag fylke

Figur 3: Organisering av rehabiliteringstjenester og plannivå i de fire kommunene

Tabell 1: Fire kommuners oversettelse av rehabiliteringspolitikk til lokal praksis gjennom planlegging

Tabell 2: Kommunenes aktive planverk for helse, omsorg, rehabilitering

Tabell 3: Kommunenes styrende plandokumenter for rehabiliteringsfeltet

Tabell 4: Sammenheng mellom organisering og plannivå, rehabiliteringsbegrepets synlighet på organisasjonskart og i planverk

Tabell 5: Sammenheng mellom organisering av rehabiliteringstjenester og faglig orientering i planene

Tabell 6: Medvirkning i planprosess og konkretisering av mål og tiltak

Tabell 7: Sammenlikning av faglig orientering i rehabiliteringsplanene

1. Introduksjon og bakgrunn

Rehabilitering er et satsningsområde for regjeringen. Store deler av befolkningen vil få behov for rehabilitering etter fysisk sykdom i løpet av livet, og oppfølgingen kan være avgjørende for å sikre samfunnsdeltakelse etter sykdom og skader. Kommunene fikk et større ansvar for rehabilitering gjennom Samhandlingsreformen, i og med at mer av behandling og rehabilitering skal skje i kommunehelsetjenesten fremfor i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Som et resultat av dette har mange norske kommuner måttet bygge opp nye tjenester og større kapasitet innen oppgaver som tidligere var ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Per 01.01.2020 er det 356 kommuner i Norge, og en fersk evaluering gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet viser at det er store forskjeller mellom kommunenes rehabiliteringstjenester (KPMG, 2020). Hvorfor er det slik? Hvilke likheter og ulikheter finner vi mellom nabokommuner? Er vi tjent med å ha 356 ulike måter å organisere rehabiliteringstjenester på? Mange faktorer i kommunenes historie, politikk og kultur påvirker hvordan de organiserer sine tjenester i dag, og hvordan de planlegger egen utvikling ut fra de statlige føringene som foreligger for hvert enkelt fagfelt. Det kan være vanskelig å undersøke *hvorfor* de har likheter og ulikheter i sin organisering og sitt tjenestetilbud. Like interessant kan det være å sammenlikne kommunene og beskrive *hvordan* de er like og ulike. Hvordan organiserer kommunene sine rehabiliteringstjenester, og hvordan planlegger de for egen tjenesteutvikling?

Min interesse for kommunal organisering og planlegging skriver seg fra min stilling som avdelingsleder i en kommunal rehabiliteringstjeneste. Samarbeid med nabokommuner har vekket min interesse for hvordan vi kan bygge opp og levere ulike tjenester som løsning på akkurat samme samfunnsoppdrag. I egen kommune har jeg deltatt i en arbeidsgruppe som har jobbet frem temaplan for habilitering og rehabilitering. Jeg har sett nytten av å vise til vedtatte plandokumenter i en godt oppbygd planstrategi, når det skal prioriteres mellom ulike kompetansehevingstiltak og ressursfordeling i arbeidshverdagen.

For å se nærmere på variasjonen i hvordan kommuner planlegger og organiserer sine rehabiliteringstjenester, ønsker jeg å sammenlikne plandokumenter fra fire kommuner, og se om jeg finner likheter, ulikheter og sammenhenger gjennom en kvalitativ dokumentanalyse. Jeg har valgt å avgrense temaet til å gjelde rehabilitering, vel vitende om at det i definisjonen av rehabilitering, lovtekst og forskrift benyttes begrepene *habilitering* og *rehabilitering* i

tospann. Dette betyr at omtale av rehabiliteringstjenester og rehabiliteringsprosesser i noen tilfeller kan inkludere habilitering, og noen ganger kan ekskludere habilitering. For eksempel, så viser kommunene til strategier som beskriver habilitering og rehabilitering hver for seg. Disse strategiene omtaler jeg samlet som rehabiliteringsstrategier. Når jeg har sett på organisering av rehabiliteringstjenester har jeg derimot utelatt habiliteringstilbud som blant annet bo- og aktivitetstilbud for funksjonshemmede, fordi hovedfokuset har vært på rehabiliteringstjenester.

1.1. Føringer for rehabilitering

Definisjonen av habilitering og rehabilitering ble endret i 2018. Der den gamle definisjonen beskrev begrepene som tidsavgrensede prosesser, har den nye definisjonen inkludert at rehabilitering kan være en livslang prosess for brukeren. Mens den gamle definisjonen la til grunn et samarbeid mellom flere aktører, åpner den nye definisjonen opp for at behovet for innsats fra fagaktører kan variere. Den nye definisjonen inkluderer også personer som «står i fare for» å tape funksjoner, noe jeg mener utvider rehabiliteringsbegrepet i retning forebygging. Disse endringene bidrar samlet sett til å utvide rehabiliteringsdefinisjonen fra å være en tjenestedefinisjon, til å bli en brukerrettet definisjon:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3)

I og med at den nye rehabiliteringsdefinisjonen er utvidet sammenliknet med den gamle, så kan det etter mitt syn være vanskeligere nå å definere hva som ikke er rehabilitering. Dette vil jeg komme tilbake til i diskusjonskapittelet.

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter at kommunene skal tilby «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering», og at de skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2).

Forskrift for habilitering og rehabilitering (2011) beskriver ansvaret ytterligere, bl.a. ved at kommunene skal ha oversikt over behovet for rehabilitering, samt tilby koordinerte tjenester. Det er opp til kommunene selv hvordan de skal organisere sine tjenester, og til dels hvilke tjenester de skal tilby. Noen faggrupper er kommunene pålagt ved lov å ha tilgang på. Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått utvidelse av kompetansekravet ved å lovfeste flere av profesjonsgruppene som representerer kjernekompetanse i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a).

I Helse- og omsorgstjenesteloven og Forskrift om habilitering og rehabilitering fastsettes det at kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Koordinerende enhet (heretter omtalt som KE) skal

«bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. (...) Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §6)

Oppgavene og ansvaret til KE er ytterligere utdypet i den nasjonale veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, og det åpnes for at organiseringen av KE kan løses på ulike måter. Det settes ikke krav til at enheten skal være en egen organisatorisk enhet, men at det kan være et samarbeidsteam med en utpekt leder som ivaretar ansvaret og oppgavene som ligger til KE (Helsedirektoratet, 2020). Veilederen anbefaler at KE plasseres høyt oppe i organisasjonen for å sikre virkeområde på tvers av etater. Det anbefales også at KE synliggjøres i kommunens planverk og på organisasjonskart (Helsedirektoratet, 2020).

Utfordringer innen helsesektoren og rehabiliteringsfeltet har de to siste tiårene blitt adressert gjennom flere stortingsmeldinger, inkludert Rehabiliteringsmeldingen Ansvar og meistring (1998-99), Samhandlingsreformen (2008-2009), Primærhelsetjenestemeldingen (2014-2015), og Leve hele livet (2017-2018). Det gjennomsyrrer disse dokumentene at regjeringen har en overordnet visjon om å skape «pasientens helsetjeneste». Som et virkemiddel for å utvikle

rehabiliteringsfeltet i takt med helsetjenestene for øvrig, med oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, så lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b) som en sentral retningsgiver. Denne skulle bidra til at kommunene ble satt i stand til å yte rehabiliteringstjenester av god kvalitet, og etter hvert ta over oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. For å få til dette må kommunene ha tilgang på bredere fagkompetanse og utvikle sine arbeidsformer. Det må på plass systemer for å fange opp behov for rehabilitering tidligere, tettere samarbeid både internt og mellom nivåer i helsetjenesten, og koordinering av brukerforløp når tiltak er iverksatt. Systematiske og teambaserte tjenester med mål om aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering er den foretrukne arbeidsmåten. Dette er i tråd med primærhelsetjenestemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015) og de øvrige retningsgivende nasjonale føringene.

For å stimulere kommunene til tjenesteutvikling jamfør Opptappingsplanen, ble den økonomiske rammen til kommunene økt i 2017, i tillegg til at det ble utlyst tilskuddsmidler for opptappingsperioden:

Det foreslås å etablere et søknadsbasert tilskudd for å stimulere kommunene til tjenesteutvikling. Midlene kommer i tillegg til at en økning på 100 mill. kroner i kommunens frie inntekter begrunnes i Opptappingsplanen. Kommunene skal beskrive sine målsettinger for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet og hvordan de arbeider for å utvikle tjenestene. Dette skal tillegges stor vekt ved behandling av søknaden. Målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert. I søknaden må kommunen må tydeliggjøre sitt behov for fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Det tas sikte på å innføre lovkrav om ergoterapikompetanse fra 2020. Kommunen må videre synliggjøre samarbeid med brukerorganisasjoner og med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som barnehage, Nav og skole/utdanningsinstitusjoner. Det foreslås at det ikke settes en nedre eller øvre grense for tildeling av tilskudd til den enkelte kommunene. Det stilles krav til en viss kommunal medfinansiering. Tilskuddet skal kunne gis til samme kommune flere ganger. Dette kan bidra til at kommunene har fokus på å lage en god helhetlig opptappingsplan for sitt eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud og for bruken av både egne og øremerkede midler. Kommunene skal rapportere på få, enkle

parametre. Det tas sikte på å minimere omfanget av administrasjon og rapportering. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b, s. 31)

I utlysningen ble det ikke satt konkrete krav til kommunene, utover å beskrive sine mål med tjenesteutviklingen. Det ble anbefalt å inkludere disse målene i plandokumenter som kommunene skulle ha laget eller revidert i løpet av 2017.

Tiltakene i Opptappingsplanen skulle gjennomføres i tidsrommet 2017-2019, og i etterkant av opptappingsperioden har KPMG, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en evaluering av Opptappingsplanen. Evalueringen baserer seg blant annet på dokument- og statistikkgjennomgang, spørreundersøkelse og intervjuer av ansatte i kommuner, helseforetak, private institusjoner og brukerorganisasjoner (KPMG, 2020). Rapporten er datert desember 2020, og den ble publisert hos Helsedirektoratet i februar 2021. Dette var et tidspunkt sent i prosessen med denne masteroppgaven, men jeg har valgt å inkludere evalueringsrapporten som en del av tidligere forskning i og med at resultatene i rapporten er relevante for problemstillingen og resultatene i oppgaven.

1.2. Føringer for kommunal planlegging

Alle landets kommuner skal planlegge sin drift i en oppdatert kommuneplan for å ha et styringsdokument i økonomisk og politisk styring (Plan- og bygningsloven, 2008, §11). Kommuneplanen skal være samordnet og realistisk med tanke på drift, økonomi og lokalsamfunnets utvikling (Kommuneloven, 2018, §14). Kommuneplanen skal bestå av en samfunnsdel med handlingsplan, samt en arealdel. Utover dette er det ikke krav til hvorvidt kommunene skal dele opp samfunnsdelen i mer detaljerte del- eller temaplaner for ulike fagfelt, som f.eks. en kommunal del-/temaplan for habilitering og rehabilitering. «Det kan utarbeides kommunedelplan for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder» (Plan- og bygningsloven, 2008, §11-1). Kommunenes planstrategi skal utarbeides og vedtas av kommunestyret minst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering. I dette arbeidet skal kommunens planbehov og de eksisterende planenes revisjonsbehov vurderes (Plan- og bygningsloven, 2008, §10-1).

Med bakgrunn i kommunenes pålagte oppgaver i lovverk og retningsgivende offentlige dokumenter for fagfeltet rehabilitering, kan en diskutere styrken av statlige føringer ut fra hva kommunene *skal*, *bør*, og *kan*.

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter at kommunene skal følge kravene i lov og forskrift:

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1)

Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator §5 setter krav til planlegging av rehabiliteringsvirksomheten:

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. (...) Kommunene skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §5)

Disse kravene står som sterke føringer, siden de påpeker hva kommunene *skal* tilby, og at kommunene *skal* planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet. Forskriften sier imidlertid ikke hvilket konkretiseringsnivå en skal planlegge for. Når det gjelder hvordan kommunene løser oppdraget sitt, hvordan de organiserer tjenestene og integrerer dem i et samlet tilbud, så er føringene svakere. Opptrappingsplanen peker på at det er manglende systematikk i kommunenes tverrfaglige kartlegging av brukernes behov, og peker samtidig på at det er behov for mer teambaserte tjenester. Den følger derimot ikke opp med føringer for hvordan kommunene skal løse dette. Også når den anbefaler at «Målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester *bør* være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert», så gir den en svakere statlig føring, og dermed mer spillerom for kommunenes tilpasning av egen planstrategi. Oppfordringen om å utarbeide kommunedelplaner for rehabilitering som en del av en helhetlig planstrategi, ble også gitt i Rehabiliteringsmeldingen (Sosial- og helsedepartementet, 1998-1999).

1.3. Tidligere forskning

I forarbeidet til denne studien har jeg undersøkt tidligere forskning gjennom «snøballmetoden», ved å oppsøke kilder det er referert til i fagbøker og artikler. I tillegg har jeg gjennomført enkle søk i Google Scholar og norske databaser for helse- og sosialfag og

samfunnsfag. Jeg har brukt søkeord som bl.a. kommune/kommunal, plan, planlegging, rehabilitering, organisering og kommunehelsetjenesten.

Bente Vibecke Lunde har bygd sin doktorgradsavhandling rundt hvordan kommuner tar i bruk ny rehabiliteringspolitikk, og bruker begreper som *oversettelse* av politikk gjennom *dekontekstualisering* og *kontekstualisering* (Lunde, 2015). I bruken av begrepet *oversettelse* viser Lunde til translasjonsmodellen utviklet av den franske teoretikeren Bruno Latour. Hans beskrivelse av translasjon, og spredning av sosiale ideer, innebærer en kontinuerlig utvikling av ideene og ny kraft i spredningen som et resultat av denne aktive erfaringsprosessen (Lunde, 2015, s. 55). Lunde sin avhandling går dypere inn på hva som skjer når kommunen skal oversette og forstå den nasjonale politikken. Hennes perspektiv bygger også på en konstruktivistisk vitenskapsteoretisk bakgrunn, men i retningen av institusjonalistisk teori. Hennes perspektiv skiller seg fra mitt interaksjonistiske perspektiv som begrenser seg til hvordan plandokumenter skapes, får betydning, og brukes.

I avhandlingens kapittel 5 beskriver Lunde hvordan kommunenes planlegging bidrar til oversettelse av nasjonal rehabiliteringspolitikk til lokal praksis. Hun sammenlikner fire kommuner som er ulike i befolkningsstørrelse og beliggenhet. og finner at de velger ulike strategier i tjenesteutviklingen, som vist i tabell 1.

Tabell 1: Fire kommuners oversettelse av rehabiliteringspolitikk til lokal praksis gjennom planlegging (Lunde, 2015)

Kommune	Størrelse	Planstrategi	Fokus
Utkant-kommunen	Liten	Ikke-planlegging	Prioriterer daglig drift, lar hver sak styre fokus. Individuelt perspektiv på rehabilitering.
Bygde-kommunen	Liten	Først ute med plan	Rehabilitering som bredt, tverrfaglig og tverretatlig objekt. Individuelt perspektiv. Vektlegger samarbeid i fremtidig utvikling.
Bygdebyen	Mellomstor	Sist ute med plan	Rehabilitering som innsnevret objekt, fokus på selvstendigjøring av eldre
By-kommunen	Stor	Nr 2 ute med plan	Rehabilitering som utvidet objekt, både individuelt perspektiv og samfunnsperspektiv.

Lunde beskriver at de utvalgte kommunene har svært ulike tilnærminger på tross av at de må forholde seg til det samme regelverket og de samme statlige føringene. Kommunenes planarbeider er iverksatt på ulikt grunnlag, og planene får dermed ulike rammeforhold og tar ulike retninger. Dette vil i neste ledd føre til at innholdet i planene blir ulikt og at ulike sentrale kilder blir vektlagt. Kommuner som har hatt en plan på området tidligere, har et annet

utgangspunkt for rullering av planen, sammenliknet med en kommune som starter planarbeidet fra grunnen av (Lunde, 2015).

I evalueringsrapporten fra 2020 kommer det tydelig frem at Opptrappingsplanen har hatt positive gevinster. Den har satt fokus på rehabiliteringsfeltet og bidratt til mer tverrfaglighet i kommunene, men alle målene for planen kan ikke sies å være nådd. Evalueringen peker på at det fortsatt er manglende systematisk oversikt over behov for rehabiliteringstjenester, fortsatt manglende ansvarsavklaring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, fortsatt for dårlig koordinering av tjenester og behov for et bedre kvalitetsforbedringssystem for tjenestene (KPMG, 2020). Tilnærmingen som foreslås for videre utvikling er sterkere statlig styring for å skape mer enhetlige tjenester gjennom 7 delstrategier:

1. Utarbeid og vedta en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering
2. Revider nasjonal veileder for å gi en mer enhetlig tilnærming i kommunene og spesialisthelsetjenesten
3. Avklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
4. Revider tilnærmingen til individuell plan
5. Utarbeid et system for å kartlegge total-kostnader og insentivere kost-effektive løsninger
6. Satsning på teknologi for tjenestelevering
7. Styrk registerdata og forskning (KPMG, 2020, kap. 8).

Som tidligere beskrevet er en av de sterke nasjonale føringene at kommunene skal ha en koordinerende enhet. Det finnes imidlertid ikke en enhetlig nasjonal tilnærming til hvordan denne funksjonen skal organiseres. Som en oversikt over de vanligste organisasjonsformene for KE i norske kommuner, har Breimo og Thommesen laget en beskrivelse av tre *idealtyper* for KE (Breimo & Thommesen, 2012). I samme kapittel betegner de rehabiliteringsfeltet som «preget av uklar organisasjonsmessig forankring», i og med at rehabiliteringsfeltet strekker seg over flere vertikale forvaltningsnivå i kommune- og spesialisthelsetjeneste, samt horisontalt mellom etater, sektorer, og avdelinger i kommuner og på sykehus. De tre idealtypene er forenklete modeller:

- Idealtype 1: koordinerende enhet underlagt en tjenesteytende enhet
- Idealtype 2: koordinerende enhet underlagt sentralt vedtakskontor
- Idealtype 3: koordinerende enhet underlagt samarbeidsteam eller utvalg. (Breimo & Thommesen, 2012)

I plan- og bygningsloven stilles det sterke krav til samordning, bærekraft og medvirkning. Dette omtaler planforskergruppen Klevan, Nausdalslid og Bjørn fra Norsk institutt for by- og regionforskning som ambisiøst. De etterlyser et eget forskningsprogram som kan se spesielt på om kommunene klarer å oppfylle lovkravet om samordning, eller om de i praksis mislykkes med dette (Kleven, Naustdalslid & Bjørn, 2011).

1.4. Valg av problemstilling

Tidligere forskning viser at norske kommuner har ulike tilnærminger til rehabiliteringsfeltet. I praksis betyr dette at tjenestetilbudet innen rehabilitering kan variere ut fra hvor i landet du bor. Kommunene kan i stor grad velge selv hvordan de organiserer sine tilbud. Lunde har sammenliknet hvordan fire kommuner av ulik størrelse og beliggenhet oversetter nasjonal rehabiliteringspolitikk. Evalueringen av Opptrappingsplanen viser at det er utfordringer med kommunenes oversikt, koordinering og oppgaveavklaring innen rehabiliteringsfeltet. Det er derimot lite forskningsbasert kunnskap om hvordan liknende kommuner løser samme oppdrag innen rehabilitering på ulike måter. Dette gapet i tidligere forskning ønsker jeg å adressere ved å sammenlikne nabokommuner med likhetstrekk i størrelse og demografi. Min studie kan bidra til å utfylle kunnskapen om variasjonen i planlegging og organisering av rehabiliteringstjenester. For å se nærmere på dette ønsker jeg å sammenlikne plandokumenter fra fire kommuner. Jeg vil bruke kvalitativ, tematisk analyse av dokumenter, og studere plandokumentene inspirert av en interaksjonistisk begrepsramme utledet av Nanna Mik-Meyer.

Problemstillingen er

Hvordan planlegger og organiserer fire nordtrønderske kommuner sine rehabiliteringstjenester?

- Er det sammenheng mellom organisatorisk plassering av rehabiliteringstjenesten og hvilket plannivå som er styrende for rehabiliteringsfeltet?
- Hvordan organiseres rehabiliteringstjenesten på tvers av etater/sectorer, og har det betydning for planens faglige orientering?
- Hvilken sammenheng er det mellom tjenesteaktørens medvirkning i planprosessen, og konkretisering av mål og tiltak i planene?

Jeg vil i det følgende kapitlet redegjøre for de teoretiske perspektivene jeg har lagt til grunn i arbeidet med datamaterialet. Etter dette følger en beskrivelse av studiens design og metodiske fremgangsmåte. Mine innhentede data vil presenteres i resultatkapitlet, og videre vil funnene diskuteres opp mot teoretisk perspektiv og tidligere forskning i et eget diskusjonskapittel. I slutten av dette kapitlet vil jeg reflektere over studiens begrensninger i en metodediskusjon. Til sist vil jeg oppsummere resultat og diskusjon, og knytte dette til problemstillingens tre deler i en konklusjon.

2. Teoretisk perspektiv

2.1. Interaksjonistisk perspektiv

Interaksjonisme er et teoretisk perspektiv som beskriver kunnskap, handlinger og fenomeners betydning som noe som oppstår mellom mennesker, eller mellom mennesker og omgivelser i en gitt kontekst. Med denne forklaringen er kunnskap et situert, relasjonelt fenomen, som ikke kan forstås tatt ut av sin kontekst (Mik-Meyer & Järvinen, 2005). Interaksjonisme bygger på sosialkonstruksjonisme, en vitenskapsfilosofisk retning som forstår virkeligheten som noe som konstrueres av mennesker i en sosial og kulturell kontekst (Thornquist, 2003).

Min analyse er inspirert av det interaksjonistiske begrepsapparatet til Nanna Mik-Meyer, med de tre begrepene institusjon/kontekst, standardisering/fakta, og interaksjon/prosess.

Institusjon er i denne sammenhengen en sosial institusjon. Det kan for eksempel være hvordan deltakere i en sosial institusjon/organisasjon handler innenfor sin ramme av relevans. Kontekst omfatter også den bestemte situasjonen som innrammer aktørenes handlinger. I denne studiens sammenheng er *organisering* et mer passende, operasjonalisert begrep for institusjon/kontekst, organisering i en kommune, eller kommunal helse/rehabiliteringstjeneste.

Dokumenter kan fremstå mer eller mindre standardisert, men må ikke uten videre forstås som fakta ut fra et konstruktivistisk/interaksjonistisk perspektiv. Dokumentet får i stedet ulik betydning og tas som fakta i ulik grad ut fra leserens institusjonelle og kontekstuelle ramme, samt hvilken relasjon leseren har til forfatteren eller forfatterens sosiale institusjon.

Dokumenters oppbygning kan være standardisert, og teksten kan presentere informasjon som fakta. Virkemidler som forfatteren kan bruke, er f.eks. å la sin egen rolle være upersonlig og passiv. På denne måten kan teksten fremstå som offisiell med faktabasert innhold upåvirket av forfatterens eller institusjonens interesser. Et annet virkemiddel er å trekke inn flere kilder som støtter tekstens utsagn, selv om at også de andre kildene har sine interesser og institusjoner. Ved å gjøre disse grepene kan man gjennom en tekst presentere lokale og spesifikke forhold som fakta. I denne studien er *plannivå*, *oppbygning av plandokument*, og *faglig orientering* begreper tilsvarende Mik-Meyers standardisering/fakta.

Dokumenter produseres og leses i en kontekst, og får sin betydning i interaksjonen mellom forfatter, mottaker, andre dokumenter, og praksis (Mik-Meyer, 2005). Betydningen er situert, ikke fiksert. Dokumenter kan ha en regulerende funksjon på aktørers handlinger, ved at det knytter praksis opp mot institusjonelle forhold. Innenfor et interaksjonistisk perspektiv blir det

viktig å undersøke hvilken betydning et dokument har hatt for praksis, eller hvilken rolle det har spilt innenfor en gitt sosial interaksjon. I tilfeller hvor et dokument har vært med på å endre praksis, kan man skille mellom stadiet *før* og *etter* at dokumentet ble lest og benyttet til å endre praksis. I min analyse er *medvirkning*, *planlegging* og *tiltak* passende begreper tilsvarende interaksjon/prosess.

I denne studien vil jeg bruke dokumentanalyse som metode. Innenfor et interaksjonistisk perspektiv så ansees tekster og dokumenter som et situert og ikke fiksert materiale: «et materiale der henter betydning i – og afgiver betydning til – den sociale kontekst, som dokumentet bliver produceret og konsumert i» (Mik-Meyer & Järvinen, 2005, s. 15).

Med denne forståelsen til grunn, så er plandokumentene skapt av mennesker innenfor en gitt organisasjon i en gitt kontekst. Disse menneskene og deres kunnskap påvirker dokumentenes innhold, og deres språklige og strukturelle utforming. Dokumentene er produsert med bakgrunn i lovkrav og behov for tjenesteutvikling. På denne måten er de skrevet både for å tilfredsstille overordnede myndigheter, og for å synliggjøre ønsket utvikling overfor medlemmer i egen organisasjon og andre samarbeidspartnere.

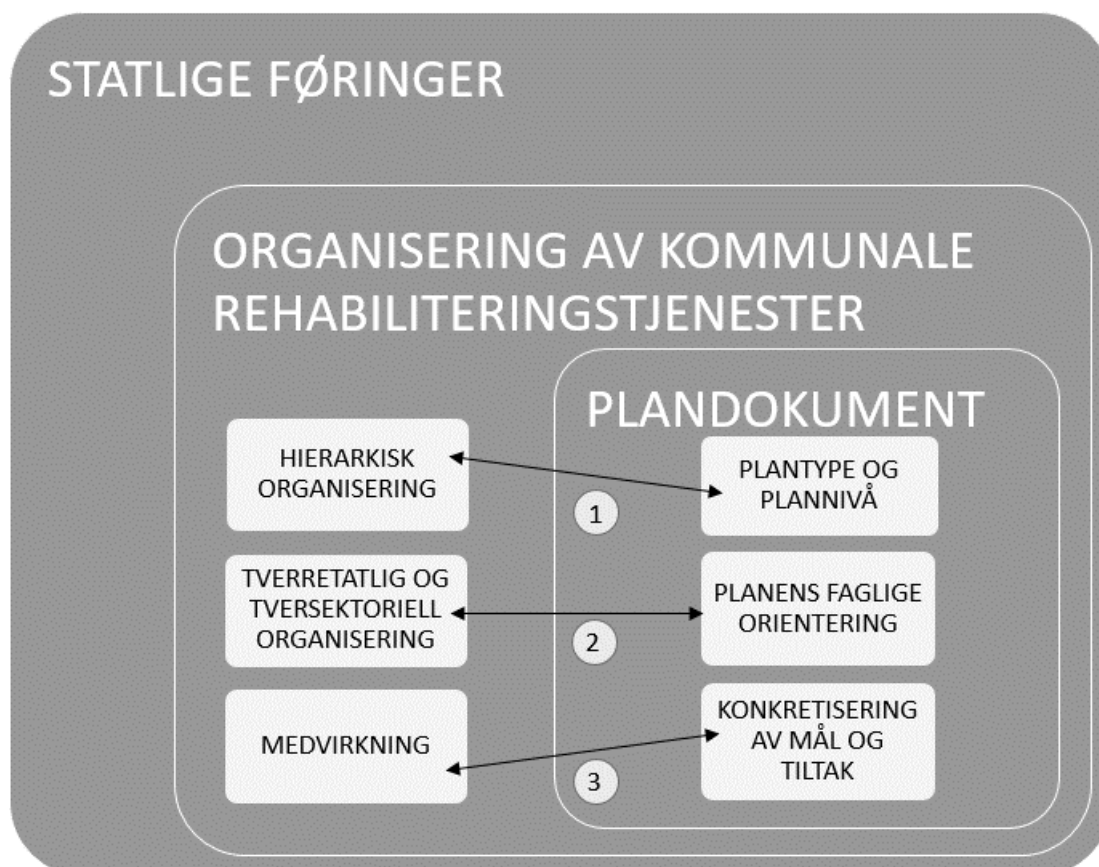
Dokumentene vil få ulik betydning for ulike konsumenter, ut fra hvilken kunnskap man innehar, hvilken sosiale kontekst man er en del av, og hvilken hensikt man har for å lese dokumentet. Eksemplifisert så vil en kommunalt ansatt fagperson lese og benytte dokumentet på en annen måte enn en leder i en annen kommune, eller en innbygger med behov for rehabilitering.

2.2. Maktperspektiv

I Mik-Meyers beskrivelser av interaksjonistisk maktforståelse, fremstår makt som et mer eller mindre usynlig fenomen på mikronivå mellom velferdsstaten og innbyggeren, eller fagpersonen og klienten. Maktforholdet er etablert rundt fagpersonens kunnskap, profesjonalitet, og tilhørighet til en faglig praksis/institusjon (Mik-Meyer & Villardsen, 2012). Videre bygger makten på de diskurser eller doxa (taus kunnskap, begrep fra Bourdieu) som er rådende innenfor en faglig praksis/institusjon. Denne maktbeskrivelsen er benyttet i empowermentsammenheng, ved at innbyggeren skal settes i stand til å ta gode, informerte valg (Askheim, 2012). For å utvide maktforståelsen til også å inkludere maktforhold mellom fagfelt internt i en kommunal flernivåorganisering, eller på tvers av kommunale etater og sektorer, så ønsker jeg å trekke inn et annet perspektiv på makt. Jeg har valgt å supplere det interaksjonistiske perspektivet med Lukes' tredimensjonelle forståelse av makt. Lukes

beskriver maktens første dimensjon som den synlige makt – en form for makt over andre hvor den sterkeste part tar en avgjørelse som opposisjonen må føye seg etter. Maktens andre dimensjon er makt gjennom «decision-making» og «nondecision-making». Denne dimensjonen viser til makten over å kunne fremme egne interesser når det skal tas avgjørelser, samt å kunne undertrykke eller forhindre andres interesser i å komme frem til forhandlingsbordet. Maktens tredje dimensjon beskrives som en skjult makt, hvor en påvirker andre personers forståelsesramme og tankemønster for å få dem til å handle i tråd med maktutøvers interesse (Lukes, 2004).

Figur 1 illustrerer problemstillingen plassert i en interaksjonistisk begrepsramme. Statlige føringer og kommunal organisering er operasjonaliserte begreper utledet fra Mik-Meyers institusjon/kontekst. Plantype og faglig orientering er begreper utledet fra standardisering/fakta. Medvirkning, mål og tiltak er operasjonaliserte begreper for interaksjon/prosess, og pilene illustrerer problemstillingens tre spørsmål som søker ulike sammenhenger mellom organisering og planlegging.



Figur 1: Oppgavens tre spørsmål i en interaksjonistisk begrepsramme

3. Design, materiale og metode

Jeg ønsker gjennom denne kvalitative studien å sammenlikne kommunenes planlegging og organisering av rehabiliteringstjenester, med utgangspunkt i deres egne planverk. Jeg har innhentet plandokumentene fra de ulike kommunenes nettsider. Alle kommunene hadde planene offentlig tilgjengelig på nettet. Jeg har også vært i kontakt med ledere for rehabiliteringstjenester i de fire kommunene for å få bekreftet at det ikke finnes nyere, reviderte versjoner av de aktuelle planene. At kommunene har publisert planene på sine nettsider viser at de er opptatt av at åpenhet og innsyn i kommunal planlegging. Jeg har kun hentet datamateriale fra kommunenes offentlig tilgjengelige kilder, og ikke undersøkt hvordan planene benyttes og følges opp. Derfor kan jeg ikke si noe om hvilke endringer planene har ført til, eller om planlagte tiltak er gjennomført. Kunnskapen er på denne måten begrenset til hva kommunene skriver i planen at de gjør, og ikke hva de gjør i praksis som eventuelt avviker fra planen.

3.1. Dokumentstudier

Et dokument er en kilde til kunnskap eller påvirkning, i ulike former og innen ulike felt. I den vide forståelsen av dokumenter inngår både malerier, fotografier, handlelister, dagbøker, annonser, rutetabeller, videoer og nettsider (Prior, 2003). Dokumenter er alltid situert, og betydningen skapes mellom dokumentets sender, mottaker, og feltet/nettverket det er en del av. For å kunne forstå dokumenters dynamiske virkning, må man se på deres produksjon og funksjon, hvem er sender og mottaker, og hva er innholdet i dokumentet (Prior, 2003).

Offentlige dokumenter er preget av statlig struktur og statens satsningsområder, og kan være et resultat av politisk og administrativt arbeid. Målet med offentlige dokumenter er ofte å gi retningslinjer til de offentlige etatene, og at staten kan ha kontroll på offentlig sektor (Scott, 1990).

Ved å analysere tekst kan man få innsikt i faktiske, konkrete forhold, og tanker og ideer som er del av en kommunikasjon med andre tekster. Ut fra hvilken tekstsjanger man studerer kan det være betydningsfullt å avdekke hvilke aktører som har vært med på å skrive og påvirke teksten, hvilken hensikt de har hatt med å skrive teksten, hvilke ideer, ideologisk grunnlag, og virkelighetsoppfatning som ligger bak. For å få et fullverdig bilde av den politiske eller sosiale situasjonen man studerer, må tekstmaterialet plasseres inn i en kontekst (Bratberg,

2017). Samfunnsvitenskapelig metodeteori gir få retningslinjer for tolkning av meningsbærende innhold i tekstmateriale. Dette gjør at det ved tekstanalyse kan være vanskelig å etterprøve de tolkninger og slutninger som forskeren foretar seg. Det er derfor viktig å være konkret på hva man søker svar på, og hvordan man går frem systematisk i analysen (Bratberg, 2017). Samtidig vil det være viktig å synliggjøre og tematisere forskerens egen forforståelse som i annen kvalitativ forskning (Malterud, 2017).

3.2. Materiale og utvalg

Jeg vil gjennomføre studien som en dokumentanalyse, der mine primærdokumenter er kommunale planverk. Mine sekundærdokumenter er de politiske dokumentene (lovverk, forskrift, veileder, Opptrappingsplanen) som legger rammer for kommunene. Jeg vil analysere dokumentene innenfor den konstruktivistisk-interaksjonistiske begrepsrammen til Mik-Meyer (2005), og støtte meg til organisasjonsteori og beskrivelser av velferdsstatens utvikling.

For å se nærmere på variasjonen i hvordan kommunene planlegger og organiserer sine rehabiliteringstjenester ønsker jeg å sammenlikne plandokumenter fra de fire største kommunene i forhenværende Nord-Trøndelag fylke. Verdal, Levanger, Stjørdal og Steinkjer er regionens fire største kommuner, med innbyggertall fra ca 15 000 til ca 24 000. Namsos kommune som er av sammenliknbar størrelse, ble utelukket fra utvalget pga en pågående prosess med kommunesammenslåing som påvirker både planprogram og tjenesteorganisering. De 18 resterende kommunene i Nord-Trøndelag har mindre enn 6 500 innbyggere, og på denne måten skiller de fire valgte kommunene seg tydelig ut som de største og best sammenliknbare kommunene. I tillegg til at kommunene ligger i samme region, sokner de til samme helseforetak, med ulike fagspesifikke avdelinger fordelt på lokalsykehus i Levanger og Namsos. Politisk har alle fire kommunene flertall i kommunestyret med SP og AP, men med ulike politiske samarbeid. To av kommunene har hatt negativ befolkningsvekst i perioden 2019- 2021, mens to har hatt positiv befolkningsvekst.

Alle de fire kommunene defineres som «mellomstore» kommuner etter Statistisk Sentralbyrås definisjon, med befolkning mellom 10 000- 50 000. Bente Lundes benevner sine mellomstore kommuner som «bykommunen» og «bygdebyen» for å skille dem i fra hverandre basert på befolkningsstørrelse. I forhold til dette er Steinkjer og Stjørdal mulig å sammenlikne med «bykommunen» og Verdal med «bygdebyen», mens Levanger ligger plassert et sted midt mellom.

Alle de fire kommunene tar del i, eller har vært en del av, interkommunale samarbeid. Levanger og Verdal utgjorde Innherred samkommune frem til 2017, og vedtok før oppløsningen i 2018 en felles planstrategi for planperioden 2017 – 2020. Kommunene har fremdeles likheter i plannivå og så langt har ingen av dem endret planstrategi etter avviklingen av samkommunen. Begge kommunene sine kommunedelplaner for helse og omsorg ble vedtatt i 2014 – 2015 mens samkommunen fremdeles eksisterte. De har imidlertid utformet sine planer ulikt i forhold til oppbygning og omfang. Stjørdal er en del av Værnesregionen sammen med Meråker, Selbu og Tydal, mens Steinkjer er del av Inn-Trøndelagsregionen sammen med Inderøy og Snåsa. Kommunesamarbeidene omhandler ulike fellestjenester, men innen helse er det hovedsakelig tjenester som legevakt, miljørettet helsevern, folkehelsekoordinator, og distriktsmedisinske sentre de samarbeider om. Når det gjelder rehabiliteringstjenester så har kommunene egne tjenestetilbud, og ikke interkommunale tilbud.

De fire valgte kommunene i Nord-Trøndelag regulerer rehabiliteringsfeltet i planverk på ulike nivå. Dette skal jeg komme nærmere tilbake til i resultatkapittelet. Jeg har valgt å studere de plandokumentene som ligger nærmest fagfeltet. Dette vil si at jeg har valgt ut plandokumenter fra to ulike plannivåer/plantyper, og ikke studert overordnede plandokumenter for de kommunene som har egne temaplaner for rehabilitering.

Tabell 2: Kommunenes aktive planverk for helse, omsorg, rehabilitering

Kommune	Planverk			
	Kommunedelplan	Revidert år (virkeperiode)	Temaplan	Revidert år (virkeperiode)
Verdal	Kommunedelplan helse, omsorg og velferd	2014 (2015-2030)	-	
Levanger	Kommunedelplan helse og omsorg «mestring for alle»	2014 (2015-2030)	-	
Stjørdal	Kommunedelplan helse og omsorg «Omsorg 2036»	2020 (2020-2036)	Kommunal plan for habilitering og rehabilitering	2019 (2019-2021)
Steinkjer	Kommunedelplan helse og omsorg «Der alle frø kan spire og gro»	2017 (2017-2021)	Handlingsplan for habilitering og rehabilitering	2017 (2018-2021)

Utfordringer innen helsesektoren og rehabiliteringsfeltet har de to siste tiårene blitt adressert gjennom flere stortingsmeldinger:

- St.meld. nr. 21 (1998-99) - Ansvar og meistring
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen
- Meld. St. 9 (2012–2013) - Én innbygger – én journal
- Meld. St. 10 (2012–2013) - God kvalitet – trygge tjenester
- Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 15 (2017–2018) - Leve hele livet

I tillegg er de sentrale føringene gitt i

- Lovverk; Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), Folketrygdloven (1997)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (oppdat.2020)
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Retningen i de nevnte dokumentene har vært ganske tydelig, med begrep som helhet, egenmestring, ressursfokus og forløpstankegang som underliggende verdier. I tillegg er brukermedvirkning, koordinering og tverrfaglig samarbeid sentrale virkemidler. Jeg vil se på disse dokumentene som kontekst til mine primærdokumenter, siden det jeg studerer kan sees på som kommunenes respons på statlige føringer.

3.3. Analyse

For analysen har jeg tatt utgangspunkt i fremgangsmåten i tematisk analyse som beskrevet av Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2018). Tematisk analyse er en fremgangsmåte for å *gruppere* eller *kategorisere* data etter tema eller viktige fellestrekk (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 279). De trinnvise nivåene i tematisk analyse bygger på en metode med seks trinn beskrevet av Braun og Clarke (2006), men forenklet ned til fire steg i versjonen beskrevet av Johannessen et al. som jeg har valgt å forholde meg til:

1. forberedelse (skaffe til veie og få oversikt over data)
2. koding (fremheve og sette ord på viktige poenger i data)
3. kategorisering (kategorisering av kodede data inn i temaer)
4. rapportering (rapportere temaene og deres innhold)

(Johannessen et al., 2018, s. 282)

Temaene har jeg knyttet opp mot det interaksjonistiske perspektivet. Etter første gjennomlesing av plandokumentene forsøkte jeg å finne operasjonelle begreper som passet bedre til mine data. Mine begreper *organisering*, *faglig orientering*, og *medvirkning* er inspirert av Nanna Mik-Meyers begrepsapparat institusjon/kontekst, standardisering/fakta og interaksjon/prosess.

Enkeltstående poenger i mine data har først fått interessant betydning når jeg har satt dem i sammenheng, og sammenliknet med de andre planene. På grunn av dette ble steg 2 og 3, koding og kategorisering utført samtidig, og fremstår således ikke som to atskilte prosesser.

Med en interaksjonistisk inngang til et dokument, ser man i tillegg på hvordan dokumentet gjør noe med leseren, såkalt «text in action» (Mik-Meyer, 2005)

- Hvor og når ble dokumentet til (i hvilken institusjonelle sammenheng)?
- Hvilke aktører er i kontakt med dokumentet?
- Hvilke handlinger/ endringer fører det til hos ulike aktører?

Er for eksempel dokumentet produsert med en økonomisk, politisk, eller medmenneskelig interesse? Er dette et resultat av mange måneders eller års forhandlinger hvor flere aktørers holdninger til slutt har blitt til en konsensus? Hva var de konkrete praktiske omstendighetene rundt dokumentets tilblivelse? Hadde alle relevante aktører mulighet til å bli med? Hvem førte pennen? Hvilke andre dokumenter kommuniserer dette dokumentet med, og hvilke dokumenter relaterer det seg til? (Mik-Meyer, 2005, s. 199)

Finner jeg likheter i kommunenes plandokumenter, kan det ha sammenheng med likheter i organisering? Eller er føringene fra staten så klare at kommunene legger liknende planer for egen tjenesteutvikling? Resonnert på samme måte, hvis jeg finner ulikheter i kommunenes plandokumenter, har det sammenheng med når og i hvilken kontekst planene ble skrevet? hvem har skrevet dem, hvilke lokale rammer ble gitt, osv?

Videre ønsker jeg å se hvordan rehabiliteringsplanene eventuelt kommuniserer med forskrift, veileder og Opptappingsplanen for rehabilitering og habilitering. Hvordan velger kommunene å organisere seg og planlegge sin virksomhet ut fra Opptappingsplanen? Refererer de til statlige føringer i sine egne plandokumenter? Bruker de samme begrepsapparat? Hvem har bidratt i planarbeidet i kommunene – og hvem er planene skrevet

for? Hvilke andre planer samhandler rehabiliteringsplanene med? Hvilke mål og tiltak skisseres i planene?

Innhenting av data ble som tidligere beskrevet gjort via kommunenes egne offentlige nettsider. En del av forarbeidet var å gå gjennom kommunenes planprogram for å finne frem til de aktuelle plandokumentene som er styrende for rehabiliteringsfeltet. Dette viste seg å være planer fra ulike nivåer og med ulike benevnelser. Kommunene har ulikt planprogram og ulik planstrategi, og årstall for planlagt rullering og revisjon stemte stort sett ikke med hva som hadde blitt gjennomført.

I planprogram, samt gamle og nye planer, blir det delvis beskrevet hvilke nye versjoner som har erstattet tidligere versjoner. Basert på de offentlige kildene alene, er det vanskelig å se sammenheng og spor av hvilke beslutninger som har ført til avvik fra planstrategien. Årsakene kan være av både politiske, økonomiske og administrative utskiftninger/endringer, og ikke alle beslutninger er sporbare i politiske vedtak eller offentlige møtereferater. Gjennom å ta kontakt med avdelings- og enhetsledere i de respektive kommunenes rehabiliteringstjenester, fikk jeg noen flere opplysninger om hvorfor virkelighet og plan ikke stemte overens. Det viste seg at en del planarbeid hadde blitt påbegynt, men ikke ferdigstilt eller vedtatt. Dermed hadde det heller ikke blitt tatt i bruk eller publisert på kommunenes offentlige plattformer.

3.4. Forskningsetisk refleksjon

Jeg har gått gjennom forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Etter min vurdering vil ikke dette mastergradsprosjektet by på etiske utfordringer utover refleksjon over dagens praksis. Resultatene kan brukes til å utfylle et kunnskapsgrunnlag om alternativer for kommunal organisering og tjenesteutvikling av rehabiliteringsfeltet. Jeg har valgt å identifisere de fire utvalgte kommunene. Norske planforskere har også beskrevet enkeltkommuner med navn og demografiske fakta i flere studier (Falleth & Stokke, 2001). Bente Lunde anonymiserer kommunene i sin avhandling ved å gi dem et funksjonelt alias ut fra størrelse og demografi. Dette hadde blitt vanskelig i min studie siden kommunene har så mange demografiske likheter. Jeg hadde kunnet gitt dem en nummerering eller fiktive dekknavn. Målet med studien er ikke å vurdere kvaliteten av kommunale planer eller tjenester, men å identifisere likheter, ulikheter og sammenhenger i hvordan de fire kommunene planlegger og organiserer sine rehabiliteringstjenester. Alle

plandokumenter og organisasjonskart er offentlig tilgjengelig på kommunenes egne internettsider. På bakgrunn av dette vurderte jeg at det ikke gikk utover kommunenes integritet å identifisere dem i studien.

Jeg har gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) for prosjektet, og funnet at det er lav risiko for at noe skal skje med datamaterialet i prosjektet. Datamaterialet består av offentlige dokumenter, og jeg har valgt å lagre både datamaterialet og arbeidsdokumentene på flere steder for å redusere risiko for at noe skal gå tapt. Jeg behandler ingen personsensitive data, og vurderer at det er ingen risiko tilknyttet konfidensialitet og integritet.

Som ansatt i avdelingslederposisjon i Stjørdal har jeg reflektert over hvordan jeg skal forholde meg til å studere egen organisasjon. Det er på grunn av min stilling at jeg har fått innblikk i planarbeid, og at interessen dermed ble vekket for studiens problemstilling. Jeg har bevisst prøvd å forholde meg til Stjørdals organisasjonskart og plan på en objektiv måte, og behandlet data fra Stjørdal på samme måte som data fra de andre kommunene. Videre har jeg vært opptatt av å ikke opphøye noen av kommunene foran de andre. Jeg har prøvd å beskrive hva som skjer med rehabiliteringsfeltets synlighet, faglige orientering og planenes anvendbarhet når de organiserer og planlegger sine rehabiliteringstjenester på ulike måter. Jeg har naturlig nok en større kunnskap om rehabiliteringstjenestene i Stjørdal kommune. Gjennom å avgrense datamaterialet mitt til plandokumentene mener jeg likevel å ha lyktes med å behandle data fra Stjørdal på lik linje med data fra de tre nabokommunene.

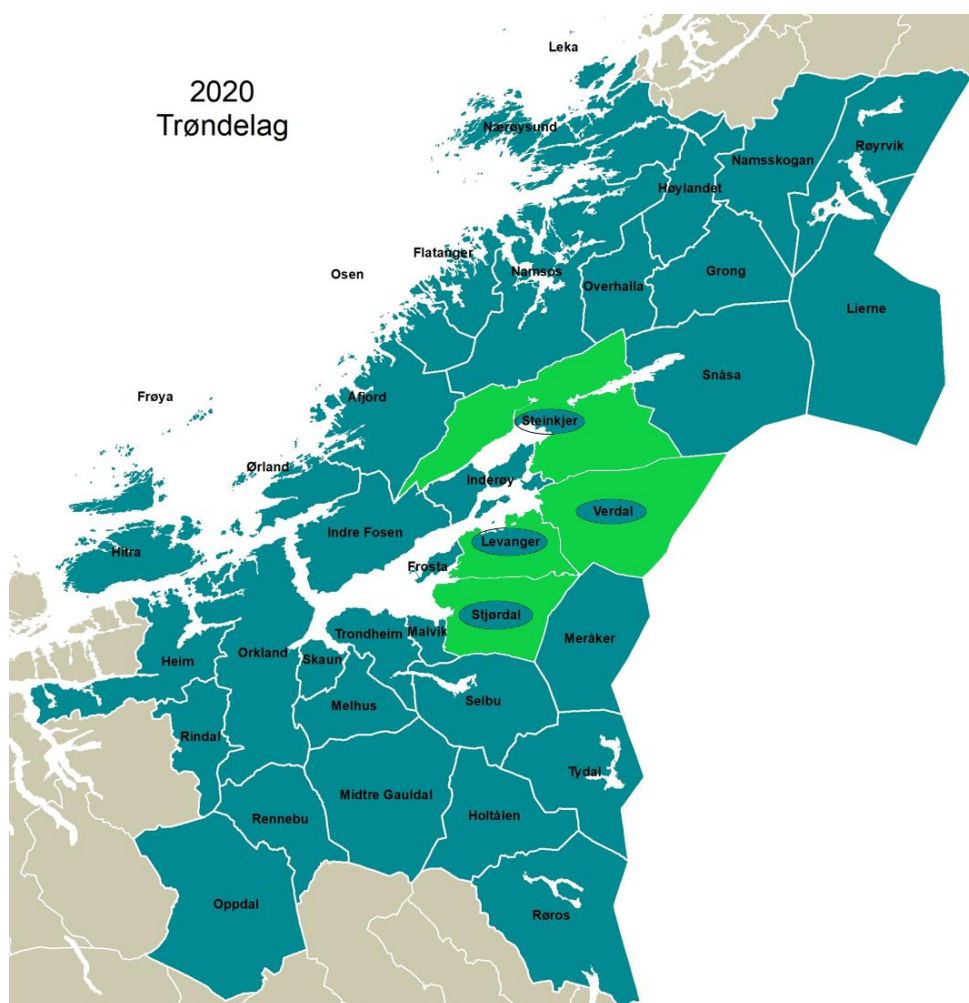
4. Resultat

Resultatene av analysen er inndelt i tre, etter problemstillingens tre spørsmål. Under det første spørsmålet vil jeg gi en beskrivelse av hver av kommunenes organisering og planverk, før jeg sammenlikner dem. Hvert funn presenteres for seg, før de drøftes samlet i diskusjonskapitlet.

4.1. Organisering og plannivå

I mitt første spørsmål ønsker jeg å finne ut om det er sammenheng mellom kommunenes organisatoriske plassering av rehabiliteringstjenesten og hvilket plannivå som er styrende for rehabiliteringsfeltet. Her ser jeg på kommunenes hierarkiske organisering, og på hvilket nivå i organisasjonshierarkiet rehabilitering gjøres synlig.

De fire valgte kommunene har som tidligere beskrevet mange likheter. Det er kommuner i samme region, de grenser til hverandre, sokner til samme lokalsykehus, alle fire har kombinasjon av by og bygd, og de har tradisjoner knyttet til landbruk og industri.



Figur 2: Kart over kommuner i Trøndelag fylke (Trøndelag fylke, 2020). Utvalgte kommuner uthevet i grønt

Alle de utvalgte kommunene har sine organisasjonskart og plandokumenter liggende offentlig tilgjengelig på sine nettsider. Av de fire kommunene, så har to av dem en egen temaplan for rehabilitering, mens de andre to har kommunedelplan helse, omsorg og velferd som sitt styrende plandokument for rehabiliteringsfeltet.

Tabell 3: Kommunenes styrende plandokumenter for rehabiliteringsfeltet

	Verdal	Levanger	Stjørdal	Steinkjer
Plan-dokument	Kommunedelplan helse, omsorg og velferd 2015-2030 «Folk ska bli hjølpin»	Kommunedelplan helse og omsorg 2015-2030 «Mestring for alle»	Temaplan «Kommunal plan for habilitering og rehabilitering 2019-2021»	Temaplan «Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2018-2021»
Årstall	2015	2014	2019	2017
Omfang	18 sider	86 sider	23 sider	34 sider

Verdal kommune

Verdal har inndelt sin administrasjon under kommunedirektør i tre utadrettede kommunalområder, *Oppvekst, Velferd, og Næring og samfunnsutvikling*. Hvert kommunalområde er organisert i virksomhetsområder, som igjen er inndelt i tjenester. Verdal har under virksomhet *Hjemmetjenesten*, samlet sine rehabiliteringstjenester til barn, voksne og eldre i *Rehabiliteringstjenesten*.

I Verdal er det kommunedelplan helse, omsorg og velferd som er styrende plandokument for rehabiliteringstjenesten. Det påpekes i planen at den «ikke er altomfattende for all aktivitet i helse, omsorg og velferd, men har fokus på de områder som vurderes som viktigst å utvikle i årene fremover». Begrepene habilitering og rehabilitering er ikke nevnt i plandokumentet, ei heller koordinerende enhet. Aktivitet, mestring, og brukermedvirkning fremheves derimot som gjennomgående mål og virkemidler:

Helse-, omsorg og velferdstjenestene i Verdal skal dekke hele livsløpet med tjenestetilbud til familier med barn, voksne med nedsatt funksjonsevne og eldre med sykdom og funksjonstap. De som har behov for kommunale helse, omsorg og velferdstjenester, skal oppleve en hverdag med aktivitet og mestring som fundament for trygghet og tilhørighet. Den enkelte skal, så langt det er mulig, ha medvirkning på utforming av tjenestetilbudet. (Verdal kommune, 2015, s. 2)

Levanger kommune

Levanger har en administrativ inndeling av toppledelse som likner Verdal, i tre utadrettede kommunalområder, *Oppvekst og utdanning*, *Helse og velferd*, og *Samfunnsutvikling*. Hvert kommunalområde er organisert i resultatenheter, som igjen er inndelt i avdelinger/tjenester. Levanger har delt opp sine helsetjenester etter alder. Under kommunalområde *Oppvekst og utdanning*, enhet *Barn/familie* ligger helsetjenestene rettet mot barn, i *Helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Under kommunalområde *Helse og velferd*, enhet *Hjemmetjenester*, ligger soneinndelte avdelinger for hjemmetjenester, samt avdelingene *Psykisk helse og Ergo-/fysioterapitjenesten for voksne*. De har ikke brukt begrepene rehabilitering eller forebygging på noe nivå i organisasjonskartet. På kommunens hjemmesider transporteres man direkte til siden for ergo-/fysioterapitjenesten når man velger tjeneste habilitering/rehabilitering. På nettsidene opplyses det også om at Levanger har et hverdagsrehabiliteringsteam, som er organisatorisk plassert i ergo-/fysioterapitjenesten. Levanger har organisert koordinerende enhet under *Helse- og omsorgstorget*, som er kommunens forvaltningskontor.

I Levanger er det kommunedelplan helse og omsorg som er det styrende plandokumentet for rehabiliteringsfeltet. Den omfattende planen adresserer rehabilitering som en av strategiene for å oppnå *mestring og mening hele livet*, som er kommunens visjon for helse- og omsorgsfeltet. Konkret om rehabilitering som strategi så beskrives det at hjemmetjenestene skal jobbe mer målrettet med forebygging og hjemmerehabilitering. De har også beskrevet at det trengs en styrking av habiliteringstjenesten til barn/unge, rehabilitering/mestringstiltak etter kreftsykdom, og kompetanse på sansetap/kommunikasjon (Levanger kommune, 2014, s. 42). I tillegg beskrives en målsetting om omlegging til ny tverrfaglig teamstruktur (Levanger kommune, 2014, s. 78). Disse tiltakene er ikke videre beskrevet i plandokumentet.

«Planen skal bidra til en omlegging av tjenestene mot en gjennomgående mestringsorientert arbeidsform for alle aldersgrupper. Tjenester må derfor settes inn på et tidligst mulig tidspunkt etter en totalvurdering.» (Levanger kommune, 2014, s. 7)

Stjørdal kommune

Stjørdal kommune har inndelt administrasjonen under kommunedirektør i fire etater med utadrettet aktivitet, *Oppvekst*, *Omsorg*, *Teknisk*, *Kultur*. Etat omsorg er organisert i virksomheter, som igjen er inndelt i avdelinger. Rehabiliteringsbegrepet er ikke brukt på noe nivå i organisasjonskartet, men det er derimot forebyggingsbegrepet.

Rehabiliteringstjenestene til alle aldersgrupper er samlet i *Forebyggende virksomhet, avdeling*

Aktivitet og mestring. Koordinerende enhet er lagt til *Værnesregionen forvaltningskontor*, som er en interkommunal enhet.

Stjørdal har en egen temaplan for habilitering og rehabilitering. Planen ble skrevet i opptrappingsperioden for Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

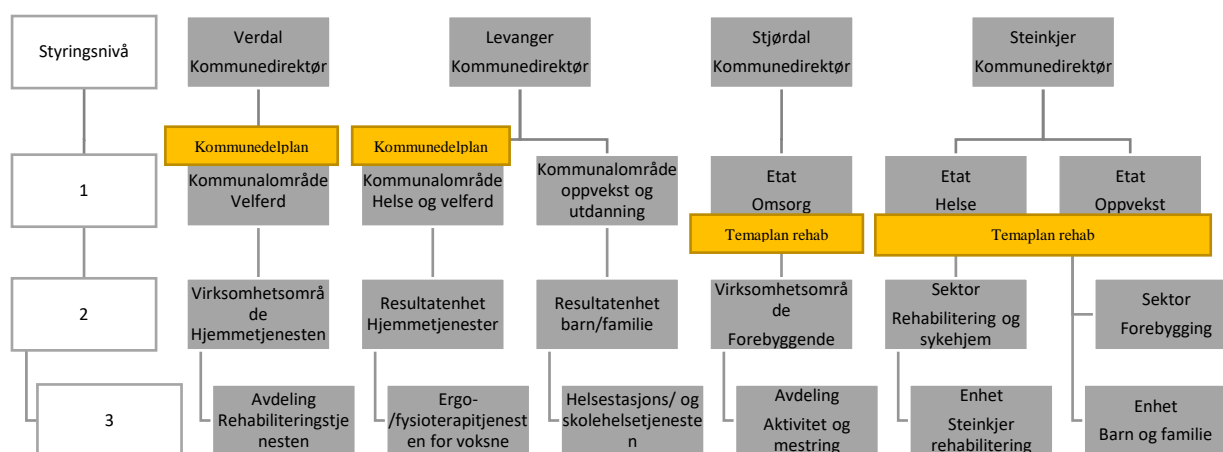
Steinkjer kommune

Steinkjer har en administrativ etatsinndeling som likner Stjørdal, med *Oppvekstetaten*, *Helseetaten*, *Kulturetaten* og *Teknisk etat*. Videre er etatene inndelt i sektorer, som igjen er inndelt i enheter. Helsetjenestene er aldersinndelt som i Levanger, og plassert i sektorer under både etat oppvekst og etat omsorg, fordi tjenester til barn og familie ligger under *Oppvekstetaten – sektor Forebygging – Barn og familieenheten*. Rehabiliteringstjenestene til voksne er organisert under *Helseetaten – sektor Rehabilitering og sykehjem – enhet Steinkjer rehabilitering*. Steinkjer har organisert koordinerende enhet i to samarbeidsforum, *Avdelingslederforum* og *Koordinatorforum*.

Steinkjer har en egen temaplan for habilitering og rehabilitering som ble skrevet i opptrappingsperioden.

Gruppering av kommunene

Siden kommunene organiserer seg ut fra ulike flernivåmodeller, har jeg valgt å nummerere de hierarkiske styringsnivåene for å gjøre det enklere å sammenlikne:



Figur 3: Organisering av rehabiliteringstjenester og plannivå i de fire kommunene

Ut fra de fire kommunenes likheter og ulikheter i organisering og plantype, har jeg plassert dem i to grupper. Både Verdal og Levanger har organisert sine rehabiliteringstjenester (for voksne) under virksomhet/enhet hjemmetjeneste. Først på det nederste hierarkiske nivået, som jeg har kalt styringsnivå 3, eller det utøvende tjenestenivået, kommer det frem navn/begreper som sier noe om fagfelt eller innsatsfokus til tjenesten. Verdal har brukt begrepet *rehabilitering* på tjenestenivå, mens Levanger har brukt *ergo- fysioterapi* i navnet på tjenestenivået. Ingen av de to kommunene som organiserer rehabiliteringstjenester under hjemmetjenester har i dag en aktiv rehabiliteringsplan, men kommunedelplan helse og omsorg er det styrende plandokumentet for rehabiliteringstjenestene. Verdal har en kortfattet plan, hvor rehabilitering ikke nevnes. Levanger har derimot en omfattende plan som omtaler rehabilitering som en av strategiene for å oppnå overordnede mål innenfor helse- og omsorgsfeltet. Begge kommunene synliggjør i planen at mestring skal være et gjennomgående fokus for helse, omsorg, og velferdstjenestene.

Stjørdal og Steinkjer har også likheter i tjenesteorganisering. De har begge organisert sine tjenester i andre virksomheter enn hjemmetjenesten, under organisatoriske enheter som på styringsnivå 2 synliggjør at det jobbes med rehabilitering og/eller forebygging. Begge kommunene har egne plandokumenter for rehabilitering, i form av temaplaner skrevet i perioden for Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. De to kommunene har mange likheter også i oppbygning av sine plandokumenter. Både Stjørdal og Steinkjer beskriver status for kommunens tjenester som inngår i habiliterings-/rehabiliteringsfeltet, og de setter søkelys på hvilke deler av tjenestene som må videreutvikles. De følger på denne måten oppbygningen til Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering med beskrivelse av mål, dagens situasjon, strategier og tiltak. Begge henviser til Opptappingsplanen allerede i innledende avsnitt om planens formål.

For å oppsummere et svar på mitt første spørsmål, så viser jeg her at det er en sammenheng mellom organisering av rehabiliteringstjenester og hvilket plannivå i kommunens planstrategi som er styrende for rehabiliteringsfeltet. De to kommunene som har organisert rehabiliteringstjenestene under hjemmetjenester, og synliggjør rehabilitering først på utøvende tjenestenivå, har en overordnet helse- og omsorgsplan som styrende plandokument for rehabilitering. De har altså ikke en egen rehabiliteringsplan. Mellom de to kommunene så er det stor forskjell på hvor spesifikt rehabilitering omtales i kommunedelplanen, avhengig av planens omfang. Kommunen med en kortfattet overordnet plan nevner ikke rehabilitering i det hele tatt, mens kommunen med en omfangsrik overordnet plan synliggjør rehabilitering som

en gjennomgående strategi. De to andre kommunene, som har brukt begrepene rehabilitering/forebygging i navnet på egne virksomhetsområder, har en egen temaplan for rehabilitering. Disse to kommunene synliggjør med det rehabilitering og/eller forebygging på et høyere nivå i organisasjonshierarkiet, og de synliggjør rehabilitering bedre i kommunens planverk.

Tabell 4: Sammenheng mellom organisering og plannivå, rehabiliteringsbegrepets synlighet på organisasjonskart og i planverk

	Verdal	Levanger	Stjørdal	Steinkjer
Plannivå	Overordnet helse- og omsorgsplan	Overordnet helse- og omsorgsplan	Temaplan rehabilitering	Temaplan rehabilitering
Synliggjøring av rehabilitering/forebygging	Utøvende tjenestenivå	Utøvende tjenestenivå	Virksomhets-/sektornivå	Virksomhets-/sektornivå

4.2. Etatsorganisering og faglig orientering

Gjennom det andre spørsmålet vil jeg se på hvordan kommunene organiserer sine rehabiliteringstjenester innad i en etat eller på tvers av etater. Jeg ønsker å se om organisering har betydning for om planene har en «smal» eller «bred» faglig orientering. Med smal og bred faglig orientering mener jeg om planene beskriver rehabiliteringstjenester avgrenset som et helseanliggende, eller som et mer helhetlig fenomen som inkluderer tjenester fra andre fagområder enn helse.

I Verdal og Levanger sine overordnede planer kommer den faglige orienteringen ulikt frem. Verdal definerer at

Helse-, omsorg og velferdstjenestene skal dekke hele livsløpet med tjenestetilbud til familier med barn, voksne med nedsatt funksjonsevne og eldre med sykdom og funksjonstap. De som har behov for kommunale helse, omsorg og velferdstjenester, skal oppleve en hverdag med aktivitet og mestring som fundament for trygghet og tilhørighet. Den enkelte skal, så langt det er mulig, ha medvirkning på utforming av tjenestetilbudet (Verdal kommune, 2015, s. 2).

Tjenestene og samarbeidspartnerne som omtales i planen, er fra virksomhetsområdene innad i kommunalområde velferd, samt eksterne aktører som spesialisthelsetjeneste og frivillighet. Det pekes likevel på utfordringer ved at en fremover vil ha en «sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer», som «krever en annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv i helse-, omsorg- og

velferdstilbudet» (Verdal kommune, 2015, s. 13). Samtidig påpekes det at «Folkehelseutfordringene er sammensatte og kan bare løses ved å koordinere de forebyggende innsatsene innenfor det offentlige, og i samarbeid med frivillige organisasjoner» (Verdal kommune, 2015, s. 14). Det omtales ikke spesifikt hvordan de ulike virksomhetsområdene under kommunalområde velferd (NAV, hjemmetjenester, bo- og dagtilbudstjenesten, og institusjonstjenesten) skal samarbeide. Ei heller beskrives det eventuelle samarbeidsflater mot de andre kommunalområdene som er Oppvekst og Næring og samfunnsutvikling. Det går ikke an å identifisere Verdal sin rehabiliteringsorientering som helse- og omsorgsorientert eller helhetlig orientert ut fra planen.

I Levanger sin kommunedelplan er det gjennomgående fokus på forebygging, mestring, og tidlig innsats. «Helsefremming og mestring skal vektlegges innenfor alle sektorer» (Levanger kommune, 2014, s. 2). Planen gjelder for kommunalområde Helse og velferd, med de underliggende resultatene Habilitering, Hjemmetjenester, NAV, og Institusjonstjenester. Habilitering og rehabilitering omtales som prioriterte satsningsområder «innen alle tjenester i helse og i samarbeid med andre sektorer» (Levanger kommune, 2014, s. 42). Her åpnes det altså for at målene i helse- og omsorgsplanen også er aktuelle for de andre kommunalområdene. Det anerkjennes at habilitering og rehabilitering krever utstrakt samarbeid og samhandling for å skape målrettet og forsterket innsats, samt oppnå funksjonsforbedring og hverdagsmestring. Det skisseres ikke hvilke samarbeidsformer eller -fora som skal sikre dette samarbeidet, men private fysioterapeuter, fastleger, spesialisthelsetjeneste nevnes som viktige samarbeidspartnere. I tillegg skal tilbudet være individuelt tilpasset brukeren på sin arena: i barnehage, skole, hjem og institusjon. Levanger har samlet alle sine tjenester til barn og familie under kommunalområde Oppvekst og utdanning, sammen med ni enheter for barnehage, barneskoler, og ungdomsskoler. Kommunalområde Oppvekst og utdanning omfattes av en egen kommunedelplan. Begge disse overordnede planene har helsefremming og mestring som mål. De fremstår å være i tråd med hverandre, siden de har samme overordnede visjon om «livskvalitet og vekst». Levanger definerer rehabilitering som en av de gjennomgående strategiene for alle sektorer som omfattes av helse- og omsorgsplanen. På bakgrunn av dette velger jeg å identifisere den faglige orienteringen i Levanger sin plan som en bred faglig orientering. Det er imidlertid litt vanskelig å definere avgrensninger for rehabiliteringsfeltet når det ikke er beskrevet spesifikt hvilke sektorer som jobber med rehabilitering og ikke.

Stjørdal har i sin temaplan påpekt at rehabilitering krever samarbeid utover etats- og forvaltningsnivå, men kun i liten grad inkludert tjenester og fagpersoner utenfor etat Omsorg i planen og planarbeidet. Inkluderingen er begrenset til PPT og Teknisk etat i enkelttiltak vedrørende kommunikasjonshjelpemidler, logopedi og universell utforming. Stjørdal har samlet rehabiliteringstjenestene for alle aldre i forebyggende virksomhet i etat Omsorg. Med dette er skole, barnehage, NAV, og integreringsenhet atskilt fra rehabiliteringstjenestene i andre etater og interkommunale enheter. Stjørdal kommune sin rehabiliteringsplan er avgrenset til å omhandle etat omsorg, selv om den i enkelttiltak ansvarliggjør personer og funksjoner utenfor etat omsorg. Planen viser utelukkende til helselovgivning, og Stjørdal er tydelig helse- og omsorgsorientert i sin rehabiliteringsplan. Med dette er planen til Stjørdal smalere faglig orientert enn Steinkjer.

Steinkjer har i sin rehabiliteringsplan og sitt planarbeid inkludert tjenester som jobber ut fra flere lovverk og flere etater. Kommunen har organisert alle sine tjenester til familie, barn og unge under etat Oppvekst. Helsetjenestene til barn og unge er samlet i sektor Forebygging, enhet Barn og familie, på linje med enhet Barnevern, enhet Avlastning, enhet PPT og enhet Integrering. Steinkjer sine rehabiliteringstjenester til voksne er lagt under sektor Rehabilitering og sykehjem. På denne måten har de organisert rehabiliteringstjenester på tvers av etatsinndelingen, og temaplanen for habilitering og rehabilitering har et tverretattlig virkeområde. I rehabiliteringsplanen kommer dette til syne som en bred oversikt over kommunens tilbud innenfor både Oppvekst- og Helseetatens Barn- og familieenhet, skoler og barnehager, Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, Dag- og døgnrehabiliteringsenheten, Integreringsenheten, og NAV. De har med dette satt en bred faglig orientering for rehabiliteringstjenestene til å inkludere alle aldersgrupper, problemstillinger innenfor psykisk, fysisk og sosialt perspektiv, og familieperspektiv. I planen viser de til likestillings- og diskrimineringsloven, barnevernsloven, opplæringsloven, forskrift for rehabilitering og habilitering, og andre statlige føringer.

Oppsummert her har jeg vist at det er en sammenheng mellom etatsorganisering og om planene har en smal eller bred faglig orientering. Kommunene som organiserer rehabiliteringstjenester på tvers av flere etater, viser en bredere faglig orientering i sine plandokumenter. Steinkjer kommune som har organisert rehabiliteringstjenestene i to etater, er bredere og mere helhetlig faglig orientert i sin rehabiliteringsplan enn Stjørdal. Med dette mener jeg at Steinkjer inkluderer etat Oppvekst med bl.a. skole/barnehage, PPT, integreringsenhet og NAV, som en integrert del av sin rehabiliteringsplan. I Stjørdal hvor

rehabiliteringstjenestene er samlet i etat omsorg – og skole/barnehage, PPT, integreringsenhet og NAV er organisatorisk plassert et annet sted, er planen smalere og tydeligere helse- og omsorgsorientert. Temaplanens virkeområde er også avgrenset til etat omsorg.

I Verdal og Levanger sine overordnede planer er det en tydelig forskjell i orientering som sammenfaller med planenes omfang. Verdal som har en kortfattet og overordnet plan for velferdsetaten, viser ikke til involvering av andre etater i sine rehabiliteringstjenester, og planen har en udefinert faglig orientering. På bakgrunn av at planen er avgrenset til å gjelde kommunalområde helse, omsorg og velferd (og rehabiliteringstjenestene er samlet her), velger jeg likevel å plassere planen i kategorien smal helse- og omsorgsorientering. Levanger sin omfattende overordnede plan peker på helsefremming og mestring som et mål for alle sektorer, også utenfor helse og omsorg. Levanger har samlet sine tjenester til barn og familie under oppvekstetaten slik som Steinkjer. Levanger sin kommunedelplan for helse og omsorg har en visjon om helsefremming og mestring som mål for alle sektorer, og derfor velger jeg å identifisere den faglige orienteringen i Levanger sin plan som en bred omsorgs- og oppvekstorientering.

Tabell 5: Sammenheng mellom organisering av rehabiliteringstjenester og faglig orientering i planene

	Verdal	Levanger	Stjørdal	Steinkjer
Plannivå	Overordnet plan	Overordnet plan	Rehabplan	Rehabplan
Orientering	Hjemmetjenester	Hjemmetjenester	Forebygging	Forebygging
Organisering	En etat	Flere etater	En etat	Flere etater
Faglig orientering i plan	Smal/uidentifiserbar	bred	smal	bred
Forståelse av rehab	helse	helse/sosial/helhetlig	helse	helse/sosial/helhetlig

4.3. Medvirkning i planprosess og konkretisering av mål og tiltak

Det tredje temaet jeg ønsker å belyse er om det er en sammenheng mellom tjenesteaktørens medvirkning i planprosessen, og konkretisering av mål og tiltak i planene. For de to kommunene som ikke har en aktiv rehabiliteringsplan (og det styrende plandokumentet er kommunedelplanen for helse, omsorg og velferd), så er plantilblivelsen et direkte resultat av kommunenes egen top-down-planstrategi. Kommuneplan og revisjon av denne er fastsatt ved lov (Plan- og bygningsloven, 2008, §11-1 og §11-4), men lovverket setter ikke krav til at kommunene skal utforme delplaner. Det settes heller ikke krav til eventuelle delplaners

oppbygning eller omfang. «Det kan utarbeides kommunedelplan for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder» (Plan- og bygningsloven, 2008, §11-1). Dersom kommunen velger å utarbeide egne kommunedelplaner for bestemte virksomhetsområder, slik som i Verdal og Levanger, så settes det krav til medvirkning i planprosessene gjennom plan- og bygningsloven. Samme krav stilles til kommunale delplaner som kommunal planstrategi for øvrig: «Kommunen skal i arbeidet med kommunal planstrategi innhente synspunkter fra statlige og regionale organer og nabokommuner. Kommunen bør også legge opp til bred medvirkning og allmenn debatt som grunnlag for behandlingen. Forslag til vedtak i kommunestyret skal gjøres offentlig minst 30 dager før kommunestyrets behandling» (Plan- og bygningsloven, 2008, §10-1).

Både Verdal og Levanger henviser til Samhandlingsreformen, Folkehelsemeldingen, og Morgendagens omsorg i sin kommunedelplan. I tillegg refererer Verdal til egen temaplan pleie og omsorg, boligsosial handlingsplan, og ruspolitisk handlingsplan, samt nasjonale føringer i NOU: Innovasjon i omsorg, Kompetanseløftet 2015, og HelseOmsorg 21. Levanger henviser til egen planstrategi, til plan- og bygningsloven, Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. Interaksjonen med disse statlige og kommunale dokumentene fremstår hovedsakelig som kontekst.

Tilblivelsen av Stjørdal og Steinkjer sine rehabiliteringsplaner er tydelig innrammet av Opptrappingsplanen og det øremerkede tilskuddet med stimuleringsmidler fra Helsedirektoratet. Motivasjonen for å utarbeide en egen plan for rehabiliteringsfeltet kan dermed antas å være påvirket av den økonomiske fordelene. Oppbygningen av planene vil naturlig nok også være tilpasset de kravene som ble stilt til kommunene som søkte om tilskuddet. Konkret vil dette si at målsetting og tjenesteutvikling for rehabiliteringstjenestene skulle beskrives og nedfelles i plandokumenter. Det ligger også et krav om samarbeid i planprosessen, «Kommunen må videre synliggjøre samarbeid med brukerorganisasjoner og med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som barnehage, Nav og skole/utdanningsinstitusjoner» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b, s. 31).

Begge kommunene refererer i sine rehabiliteringsplaner til egne kommunedelplaner for helse og omsorg, og ulike prosjekter i egen kommune. Av nasjonale styringsdokumenter refererer begge til Opptrappingsplanen og til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Stjørdal refererer i tillegg til helse- og omsorgstjenesteloven, mens Steinkjer refererer til Likestillings- og diskrimineringsloven, Levekårsundersøkelse personer med nedsatt funksjonsevne, Barnevernsloven, Opplæringsloven, og Familiemeldingen.

Interaksjonen mellom de kommunale plandokumentene i henholdsvis Stjørdal og Steinkjer, og de andre lokale og statlige planene kan kategoriseres både som *kontekst* og som *prosess*. De statlige og lokale planene danner et grunnlag for innholdet i rehabiliteringsplanen, som plasseres inn i en sammenheng. Samtidig er rehabiliteringsplanene et direkte resultat av det nasjonale initiativet gjennom Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

I Verdal sin kommunedelplan er ikke planprosessen eller medvirkende parter beskrevet. I Levanger beskrives planarbeidet å ha involvert bredt, blant ikke navngitte politikere, ledere, ansatte, brukerrepresentanter, og kommunens innbyggere gjennom åpne folkemøter. I Stjørdal har navngitte personer medvirket i planarbeidet, gjennom en arbeidsgruppe bestående av ledere, ansatte på tjenestenivå, politikerrepresentant og brukerrepresentant. I Steinkjer har navngitte ledere, en rådgiver og brukerrepresentant medvirket i planarbeidet.

De fire kommunene har en felles målsetting i sine plandokumenter om at innbyggeren skal kunne delta aktivt i eget liv og oppleve mestring. Stjørdal og Steinkjer beskriver også målsettinger om samarbeid og koordinering, og at rehabilitering skal skje i innbyggerens eget miljø – i tråd med målene i Opptappingsplanen. Alle de fire har definert at en strategi for å nå målene knyttet til rehabiliteringsfeltet er å innføre hverdagsmestring som gjennomgående tankesett for tjenestene. Andre felles strategier er brukermedvirkning og bruk av velferdsteknologi. Levanger, Stjørdal og Steinkjer har felles strategier om tverrfaglig samarbeid, tidlig innsats og koordinering. Disse strategiene kommer ikke frem i Verdal sitt plandokument.

Når tiltakene i de fire plandokumentene skal sammenliknes, deler jeg igjen kommunene inn i to grupper. Verdal og Levanger som har sin overordnede kommunedelplan for helse, omsorg og velferd, og Stjørdal og Steinkjer som har en egen rehabiliteringsplan.

Levanger og Verdal har begge listet opp sine drifts- og investeringstiltak, og linket disse opp mot strategier i kommuneplanens samfunnsdel. Kommunenes felles planstrategi fra kommunesamarbeidet vises i tre felles strategier:

1. sikre et bærekraftig samfunn
2. prioritere en god start og mestring hele livet
3. skape rause og robuste livsmiljøer (Levanger kommune, 2014; Verdal kommune, 2015).

Strategiene fra kommuneplanens samfunnsdel skiller seg fra mål og strategier i kommunedelplanene for helse, omsorg og velferd, ved at de er mer overordnet.

Investeringsiltakene handler for begge kommunene om utbedring av kommunale bygg og institusjoner, samt innkjøp av velferdsteknologisk utstyr. Driftsiltakene er ikke felles for de to kommunene.

Levanger har satt opp driftsiltak for å etablere nye tjenester og videreutvikle eksisterende tjenester med nye ansvarsoppgaver. Tiltakene er i stor grad rettet mot forebygging og rehabilitering. I og med at de handler om å etablere og videreutvikle tjenester skulle det være mulig å evaluere om disse tiltakene er utført. Det beskrives imidlertid ikke konkret hvordan disse tiltakene er tenkt gjennomført. Eksempler i Levanger sin plan er tiltakene:

«videreutvikling av hjemmetjenestene, med mål om å jobbe mer målrettet med forebygging og hverdagsrehabilitering som metode før det gis kompensierende bistand» og «det skal legges til rette for koordinerte og helhetlige tjenester, med videreutvikling av koordinerende enhet».

Den overordnede planen sier ikke noe mer konkret om hva tiltakene inneholder, eller status på måloppnåelse. I planens handlingsdel listes det opp måleindikatorer for de ulike strategiene.

Måleindikatorene som indirekte kan si noe om status eller utvikling innen rehabiliteringsfeltet er: «Måle kvalitet gjennom brukerundersøkelse», «Antall som har fått utarbeidet individuell plan(IP)», «Antall deltakere som gjennomfører læring- og mestringstilbud», «Antall arbeidsledig ungdom under 25år», «Antall passive mottakere av sosialstønad», «Kommunens bruk av Husbankens virkemidler for tilrettelegging av boliger», «Antall reinnleggelse» og «Alle brukere er IPLOS-registrert». Disse indikatorene kan ikke si noe om hvorvidt de planlagte tiltakene er gjennomført, men til dels om iverksatte tiltak kan ha hatt en effekt.

Verdal sine driftsiltak er i stor grad overordnede tiltak, som ikke beskrives konkret i plandokumentet. De målbare tiltakene begrenser seg til utarbeidelse av handlingsplan velferdsteknologi, samt at det skal etableres et samarbeid med frivilligheten.

Stjørdal og Steinkjer beskriver sine tiltak konkret, ut fra statusbildet og utfordringsbildet for fagfeltet. Stjørdal deler inn sine tiltak i fire kategorier, som samsvarer med målene i kommunedelplan for helse- og omsorg, «Omsorg 2032»:

1. Etat omsorg skal være organisert etter samfunnsoppdraget
2. innbyggerne skal være lengst mulig i eget liv og eget hjem
3. vi skal implementere hverdagsmestring og forløpstenkning

4. det skal etableres moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser (Stjørdal kommune, 2019).

Disse fire målene skiller seg fra målsettingen for rehabiliteringsplanen ved å være mer overordnet. Tiltakene i rehabiliteringsplanen er beskrevet med en spesifikk målsetting, en tidsfrist, ansvarsfordeling til navngitte personer på ledernivå og personer med systemansvar. Tiltakene retter seg mot pågående kvalitetsforbedringsprosjekter eller satsningsområder, med forbedring eller oppretting av tjenester som kommunen manglet ved planperiodens start. Tiltakene er i hovedsak avgrenset til å gjelde etat omsorg. I tillegg involveres PPT i tiltak omhandlende logopedi og alternativ kommunikasjon, og etatsjefer i Teknisk, Omsorg, Oppvekst og Kultur i tiltak omhandlende universell utforming. Planen beskriver hva som skal til for å vurdere tiltaket som utført.

Steinkjer deler inn sine tiltak i tre kategorier:

1. Overordnede tiltak
2. tiltak knyttet til hab/rehab for barn og unge
3. tiltak knyttet til hab/rehab for voksne (Steinkjer kommune, 2017).

De har også listet opp tiltak som det ikke ble funnet plass til i budsjett og økonomiplan i planperioden. Tiltakene er beskrevet med innhold i tiltaket, tidsramme/økonomiramme, og ansvarsfordeling til spesifikke funksjoner av ledere og fagkonsulenter. Tiltakene inkluderer både eksisterende tjenestetilbud (som skal videreføres i kontinuerlig og ordinær drift uten nye tiltak eller endringer), utviklingsprosjekter innenfor eksisterende rammer, og utviklingsprosjekter med tidsavgrensede prosjektmidler. Tiltakene beskriver utvikling innenfor både Helse- og Oppvekstetaten, med gjennomføringsansvar fordelt både til enhetsledere innen rehabilitering, psykisk helse/rus, NAV, og integreringsfeltet. Planen beskriver hva som skal til for å vurdere prosjekt-/utviklingsmålene som nådd. De begrunner hensikten med å liste opp eksisterende tilbud med at planen kan fungere som en oversikt for å samle kunnskap om kommunens eksisterende og ønskede tilbud.

For å oppsummere det tredje temaet, så har jeg her sett på om det er en sammenheng mellom tjenesteaktørens medvirkning i planprosess, og grad av konkretisering av planenes mål og tiltak. Min analyse har vist at det er en sammenheng, hvor planene som beskriver medvirkning fra navngitte fagpersoner har mer konkrete mål og tiltak. Sammenhengen fremstilles i tabell 6. Steinkjer og Stjørdal som har inkludert navngitte fagpersoner, ansatte fra

tjenestenivå, og brukerrepresentanter i planarbeidet har altså mer konkrete mål og tiltak enn kommunene som ikke har navngitte bidragsyttere. Steinkjer som har den bredeste inkluderingen av de to, har også listet opp tiltak i ordinær drift som ikke skal endres, mens Stjørdal kun har beskrevet tiltak som krever oppfølging og videreutvikling i planperioden. På dette grunnlaget er Stjørdal sin rehabiliteringsplan mer konkret for utviklingstiltak enn Steinkjer sin rehabiliteringsplan.

Plannivå har også en åpenbar betydning for hvor overordnet eller konkret mål og tiltak beskrives. De overordnede planene beskriver overordnede mål og tiltak, mens de spesifikke temaplanene beskriver konkrete mål og tiltak. Verdal, som ikke har beskrevet planprosess og medvirkning, har kun overordnede beskrivelser av sine mål og tiltak. Det beskrives ikke hvem som er ansvarlig for gjennomføring av tiltakene, hva som skal til for å vurdere mål som nådd eller tiltak som utført. Levanger kommune beskriver en bred involvering av innbyggere og ansatte i planprosessen, og det fremstår som at driftstiltakene blir mer konkret beskrevet et annet sted enn i kommunedelplanen; enten i egne prosjektbeskrivelser eller temaplaner for enkelte felt (f.eks. plan for institusjonutvikling, temaplan «forebygging og tidlig innsats» for barn og unge, handlingsplan for demensomsorgen, handlingsplan for kreftomsorg osv).

Tabell 6: Medvirkning i planprosess og konkretisering av mål og tiltak

	Verdal	Levanger	Stjørdal	Steinkjer
Plan	Overordnet plan	Overordnet plan	Temaplan	Temaplan
Medvirkning	Ikke beskrevet	Bred involvering av ikke-navngitte politikere, ledere, ansatte, brukerrepresentanter, folkemøter	Navngitte ledere, ansatte, politikerrepresentant, brukerrepresentant	Navngitte ledere, rådgiver, brukerrepresentant
Mål	Overordnede mål: «Folkehelse Brukeropplevelse av kommunalt tjenestetilbud som godt supplement til aktivt og selvstendig hverdagsliv. Funksjonelle boliger og infrastruktur for selvstendighet, aktivitet, mening Samvirke mellom det offentlige og lokalsamfunnet. Utvikling og bruk av velferdsteknologi.»	Overordnede mål: «Livskvalitet og vekst Mestring som gjennomgående mestringsorientert arbeidsform Innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i alle deler av helse og omsorgstjenestene»	Konkrete mål: «Brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdig i samfunnet ut fra de forutsetningene de har. Tjenestene tilbys og ytes ut fra pasient og brukerperspektiv Tjenestene er målrettet, tverrfaglig samordnet og systematisk koordinerte Systematisk samhandling mellom bruker, pårørende og tjenesteyter Tjenestene tilbys og ytes i eller nærmest mulig pasient/brukers vante miljø»	Konkrete mål: «Innbyggere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal motta, og være aktivt deltakende i eget og proaktivt hab- og/eller rehabilbud i kommunen Tjenestene tilbys og ytes i eller nærmest mulig pasient/brukers vante miljø»
Tiltak	Konkrete investeringstiltak for helsebygg og innkjøp av velferdsteknologi. Driftstiltak er beskrevet overordnet, ikke konkret. De målbare tiltakene begrenser seg til utarbeidelse av handlingsplan velferdsteknologi, og etablering av samarbeid med frivilligheten.	Konkrete investeringstiltak for helsebygg og innkjøp av velferdsteknologi. Driftstiltak for nyetablering og videreutvikling av tjenester, kun overordnet beskrivelse i planen. Tiltakene rettes mot forebygging og rehabilitering.	Konkret målsetting, innhold, tidsfrist, ansvarsfordeling og målbarhet. Tiltakene retter seg mot pågående kvalitetsforbedrings prosjekter, satsningsområder, og forbedring eller oppretting av tjenester som kommunen manglet ved planperiodens start. Tiltakene er i hovedsak avgrenset til å gjelde etat omsorg.	Konkret innhold, tidsramme, økonomisk ramme, ansvarsfordeling og målbarhet. Tiltakene inkluderer både eksisterende tjenestetilbud uten endring, utviklingsprosjekter innenfor eksisterende rammer, og utviklingsprosjekter med tidsavgrensede prosjektmidler. Tiltak både innen etat helse og etat oppvekst.

5. Diskusjon

5.1. Synlighet, makt og engasjement

I kommunene som er med i denne studien er det sammenfall mellom det å ha et eget virksomhetsområde for rehabilitering/forebygging, og det å få utarbeide en egen rehabiliteringsplan. Av den grunn er det interessant å diskutere om det å ikke ha et eget virksomhetsområde og en egen plan for rehabilitering, kan spille en rolle for om man har talspersoner for faget i planarbeid og beslutningsprosesser. Og om konsekvensen av dette kan være en manglende synlighet og stemme for rehabiliteringsfeltet i egen organisasjon. Hvis man ikke har en egen rehabiliteringsplan, og rehabiliteringstjenester er plassert i en hjemmetjenestekontekst, så er det mulig at rehabilitering som arbeidsområde kan nedprioriteres i forhold til nødvendig helsehjelp, omsorg og pleieoppgaver.

Er det slik at enhetens navn har betydning for fokus og prioriteringer, og hvilken fagbakgrunn som kreves av leder for enheten? Oppgavespenet for en leder som skal ha ansvar for både livsnødvendige pleie- og omsorgsoppgaver, forebyggende og rehabiliterende oppgaver er stort. I en presset kommuneøkonomi kan det være fare for at forebyggende og rehabiliterende oppgaver nedprioriteres. I planarbeid hvor ledere og ansatte skal være representert, kan enhetens navn og sammensetning tenkes å få tydelige følger for hvem som er talsperson for rehabiliteringsfeltet. Dersom Rehabiliteringsenheten får delta med en egen stemme inn i planarbeid og beslutningstaking, er enhetens stemme sterkere enn om den representeres via Hjemmetjenesten. Hvis rehabilitering forstås som en hjemmetjeneste, kan den bli usynlig sammenliknet med om den forstås som en egen, synlig helsetjeneste og enhet.

For å belyse dette vil jeg trekke inn en anerkjent maktteori. Makt som et flerfasettert begrep, er diskutert hyppig innenfor funksjonshemmings- og likestillingsdebatt. Jeg skal nå diskutere maktforholdet knyttet til organisering og strukturering innen en kommune. Lukes har lansert en tredimensjonell forståelse av makt. Som tidligere beskrevet er den første dimensjonen den synlige, hierarkiske makten hvor en har makt over noen andre. Maktens andre dimensjon er det å kunne utøve tvang ved motstridende interesser ved å undertrykke den andres interesser. Den tredje maktdimensjonen beskrives som en usynlig makt hvor en påvirker andres tankemønstre for å få dem til å ta beslutninger som de i utgangspunktet ikke hadde interesse av (Lukes, 2004). Bergström og Boréus betegner denne maktforståelsen som «maktens tre ansikter» (Bergström & Boréus, 2012, s. 18). Jeg vil fokusere på den andre maktdimensjonen

og hvordan rehabiliteringsfeltet bevisst eller ubevisst kan bli holdt unna den politiske eller administrative agendaen. Dersom personer i lederroller eller andre sentrale posisjoner ikke har kompetanse knyttet til rehabilitering, eller har sterke interesser knyttet til andre fagfelt, er det større sannsynlighet for at rehabilitering nedprioriteres i forhold til andre fagfelt. Det er også større sannsynlighet for at rehabiliteringsfeltets interesser ikke blir satt på dagsordenen, eller ikke når frem til forhandlingsbordet når det skal tas avgjørelser på administrativt eller politisk nivå. Av Lukes omtales dette som makt i «decision-making» og «nondecision-making». Altså makt i aktive beslutningsprosesser og en bevisst eller ubevisst undertrykkelse av synspunkter før de når frem til nivået hvor beslutningene tas (Lukes, 2004, s. 22).

Lunde (2015) påpeker også usynliggjøring av rehabiliteringsfeltet ved organisering under en annen virksomhet, og med annet navn som et problem. Hun formulerer seg slik: «Organiseringen av rehabilitering som integrerte tjenester medfører at virksomheten ikke passer inn i det kommunale styringssystemet, og blir usynlig i budsjettprosesser og på organisasjonskart». I dag er det stort fokus på hverdagsrehabilitering, forebygging og hverdagsmestring som grunnleggende tankesett i alle deler av helse- og omsorg. Dermed er det i tillegg fare for at rehabiliteringsbegrepet «utvannes», som flere av informantene til Lunde beskriver det: «Rehabilitering som begrep er blitt veldig utvannet. [...] Alt eller intet er plutselig blitt rehabilitering. [...] Begrepet er blitt ødelagt på en måte». I dette ligger det at når rehabiliterende tankesett skal ligge til grunn for all virksomhet, blir det vanskelig å opprettholde en felles forståelse for hva som er rehabilitering, i tillegg til hva som faller utenfor fagfeltet (Lunde, 2015, s. 177).

Kommunene er påvirket av institusjonelle og kontekstuelle forhold. Det at to av kommunene har valgt å ikke lage egne planer for rehabiliteringsfeltet, kan være en konsekvens av hvordan tjenestene er organisert. Videre resulterer dette i at rehabiliteringsfeltet blir lite synlig og at deres stemme ikke representeres i planlegging og administrativ styring på hierarkiets øvre nivå. Det kan også være et resultat av at rehabilitering har blitt et utvannet begrep med uklare grenser for hva som er, og hva som ikke er rehabilitering når «alle» skal jobbe etter rehabilitering som strategi.

I Lundes avhandling (skrevet før Opptappingsplanen), pekes det på flere grunner for hvorfor kommunenes rehabiliteringsplaner ikke er påbegynt, fullført, eller revidert. Hun skiller mellom eksternt og internt engasjement for å få gjennomført et planarbeid. Mangel på både økonomiske insentiver og sanksjoner for å ikke ha en rehabiliteringsplan, utpekes som mulige grunner til manglende eksternt engasjement. Når det gjelder manglende internt engasjement

nevnes også mulige grunner til dette. Blant annet gjør mangel på øremerkede ressurser at planarbeid går på bekostning av daglig drift, i tillegg til at man må prioritere mellom planarbeid innen ulike felt (Lunde, 2015, s. 117).

I opptrappingsperioden 2017 – 2019 fikk landets kommuner et økonomisk insentiv for videreutvikling av sitt rehabiliteringsarbeid Dette ga også muligheten til å avsette en ressurs til planarbeidet. Føringen for planleggingsarbeid var imidlertid av en svakere art. Det ble ikke skissert noen negative konsekvenser ved å ikke lage et eget plandokument for rehabilitering: «Målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b, s. 31). I evalueringen av Opptrappingsplanen fant KPMG at andelen kommuner som har en egen rehabiliteringsplan har gått opp fra 41% til 71% i løpet av opptrappingsperioden. Dette betyr at det økonomiske insentivet har hatt en effekt. Evalueringsrapporten peker likevel på manglende insentiver som et problem for å få en mer enhetlig nasjonal tilnærming for andre deler av feltet. Det at norske kommuner løser rehabiliteringsoppdraget på så mange ulike måter fremheves som en utfordring, fordi det vanskeliggjør effektiv veiledning, organisering og læring på tvers av kommunene (KPMG, 2020). Jeg vil stille spørsmål ved hvorfor kommunene trenger økonomiske insentiver for å prioritere tjenesteutvikling innen rehabilitering. Har kommunene for mange oppgaver, og for lite penger i sin ordinære ramme?

Nå kan man diskutere om et plandokument i seg selv kan regnes som en kvalitetsindikator for kommunenes tjenesteutvikling, men planen alene sier ingenting om hvorvidt de skisserte tiltakene blir fulgt opp videre. Målsettingen og utviklingen av rehabilitering kan være beskrevet i andre, overordnede dokumenter, eller finne sted uten å være nedfelt i et plandokument. En egen plan er heller ikke en garanti for at rehabilitering blir satt på den politiske dagsordenen. Det som imidlertid er en åpenbar effekt av en vellykket planprosess og vedtatt plan, er fokus på fagområdet og tjenesteutviklingen. En vedtatt plan gir også forpliktelser overfor politisk og administrativt styre. Denne effekten pekes også på som en effekt av Opptrappingsplanen: «Opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, som historisk har blitt sett som et nedprioritert område» (KPMG, 2020).

En egen virksomhet og temaplan for rehabilitering kan gjøre fagfeltet mer synlig, i tillegg til å gi muligheten for større representasjon i maktposisjoner. Men det kreves også engasjement for å skape utvikling. I følge Lunde (2015) viser internt engasjement til en lyst og iver innad i

organisasjonen, fagpersoner eller andre aktører, til å videreutvikle sitt felt. Jeg har pekt på at resultatenhetsens navn vil skape ulike forventninger. I en organisasjon kan leder og andre talspersoner ha ulik grad av internt engasjement for rehabiliteringsplanlegging innenfor eksempelvis virksomhet «Hjemmetjenester», virksomhet «Forebygging», sektor «Sykehjem og rehabilitering», enhet «Barn og familie», «Rehabiliteringstjenesten», og «Fysio-/ergoterapitjenesten». For å bruke begrepsapparatet i kompetansesstigen «fra novise til ekspert» beskrevet av (Dreyfus, Dreyfus & Athanasiou, 1988) kan lederens kompetanse og ekspertise antas å være spesifikt innenfor det fagfelt man skal lede. For å kunne kalle seg en ekspert ut fra denne modellen, så kreves erfaring på et slikt nivå at kunnskapen har blitt en automatisert del av deg. Likevel skal man klare å reflektere kritisk over egne avgjørelser. Å være en fagperson i «rehabilitering» og å være en fagperson i «fysio-/ergoterapi» er to ulike ekspertiser. Innen rehabilitering er tverrfaglig samarbeid en grunnleggende del av ekspertisen. Fysio- og ergoterapi er derimot egne autoriserte yrkesretninger med spesifikke fagfelt som likevel kan inngå i rehabilitering. Å ha fagpersoner med rehabiliteringsekspertise i ledelse, stab- og støttefunksjoner kan ha en betydning for kommunens interne engasjement for rehabiliteringsplanlegging og tjenesteutvikling. Dette kan også få konsekvenser for hvor interessert man er i å benytte seg av eksternt/nasjonalt engasjement som tilskuddsordninger og andre insentiver. Evalueringen av Opptappingsplanen peker på svak styring og manglende lederforankring nasjonalt som et problem for rehabiliteringsfeltet (KPMG, 2020).

Så langt i diskusjonskapittelet har jeg drøftet betydningen av kommunenes organisering og om de har en egen temaplan for rehabiliteringsfeltet opp mot makt og engasjement. Jeg stiller spørsmål ved hvorfor det trengs eksternt engasjement i form av økonomiske insentiver for at kommunene skal prioritere utvikling av rehabiliteringsfeltet.

5.2. Tverretattlig samarbeid og bred faglig orientering

I de fire kommunene i denne studien synes det å være sammenfall mellom det å organisere rehabiliteringstjenester på tvers av etater, og det å ha en bred faglig orientering for rehabilitering i plandokumentene. At Steinkjer har en bred inkludering av oppgaver i sin rehabiliteringsplan, kan være en naturlig konsekvens av at de organiserer rehabiliteringstjenestene på tvers av etater. Med integreringsenheten, PPT, skole og barnehage i organisatorisk nærhet til helsetjenestene, kan det være mer naturlig å inkludere disse i planarbeidet enn i for eksempel Stjørdal. Der er den organisatoriske avstanden større, og organisert i etater med klarere skiller mellom helse og andre fagområder.

Evalueringsrapporten til KPMG (2020) har også pekt på tverretatlig/tverrsektoriell organisering som en suksessfaktor for koordinerte og integrerte rehabiliteringstjenester. Dette er altså en motsats til «silorganisering» med utfordrende samhandling mellom etater/sektorer. De fremhever også noen casekommuner som har lyktes med å utforme tverrsektorielle planer, for å øke eierskapet til rehabiliteringsfeltet også i andre sektorer (KPMG, 2020). Å være samorganisert med hjemmetjenester, slik som rehabiliteringstjenesten er i Verdal og Levanger, kan forenkle internt samarbeid mellom rehabiliterings- og pleie- og omsorgsfeltet. Felles leder og nær tilgang på annen type kompetanse kan være et virkemiddel for bedre flyt og mindre byråkrati ved behov for tilknytning av annen type kompetanse. Dette pekes også på som fordeler med integrert modell for hverdagsrehabilitering hvor teamet er organisert under, og utgår fra hjemmetjenesten (Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen & Førland, 2018).

Tabell 7: Sammenlikning av faglig orientering i rehabiliteringsplanene

Kommune	Størrelse	Planstrategi	Faglig orientering	Sammenliknbar kommune fra mitt utvalg
Utkant-kommunen	Liten	Ikke-planlegging	Prioriterer daglig drift, lar hver sak styre fokus. Individuelt perspektiv på rehabilitering.	Verdal
Bygde-kommunen	Liten	Først ute med plan	Rehabilitering som bredt, tverrfaglig og tverretatlig objekt. Individperspektiv. Vektlegger samarbeid i fremtidig utvikling.	Steinkjer
Bygdebyen	Mellomstor	Sist ute med plan	Rehabilitering som innsnevret objekt, fokus på selvstendigjøring av eldre	Stjørdal
By-kommunen	Stor	Nr 2 ute med plan	Rehabilitering som utvidet objekt, både individuelt perspektiv og samfunnsperspektiv.	Levanger

I min tidligere beskrivelse av de fire utvalgte kommunene, så antydte jeg en sammenlikning med Lunde (2015) sine kommunekategorier basert på innbyggertall. Hvis jeg imidlertid sammenlikner mine kommuner med Lunde sine funn knyttet til planstrategi og faglig orientering, så finner jeg andre likheter. Steinkjer og det Lunde omtaler som «bygdekommunen» har flere likhetstrekk i sin brede orientering, og tiltak rettet mot oppfølging av individet. Stjørdal kan sammenliknes med det Lunde kaller «bygdebyen» som også har en smalere helseorientering. Levanger kan sees i sammenheng med «bykommunen», som ser rehabilitering som et bredt objekt i et overordnet perspektiv. Det er også mulig å argumentere for at Verdal sin nåværende strategi for rehabiliteringsfeltet er «ikke-

planlegging», siden kommunedelplanen ikke omtaler rehabilitering. Det kan være et tegn på at Verdal gjør som «utkantkommunen», og fokuserer på daglig drift.

Jeg har vist en sammenheng mellom kommunenes organisering av rehabiliteringstjenester og faglig orientering i plandokumenter. Videre ønsker jeg å drøfte om det også kan være en sammenheng med kommunenes organiseringsmodell av koordinerende enhet. Stjørdal og Levanger har KE organisert under forvaltningskontor – som håndterer henvendelser og vedtak knyttet til henholdsvis etat omsorg og kommunalområde helse og velferd. Dette samsvarer med idealtipe 2 i Breimo og Thommesen (2012) sin beskrivelse av de mest vanlige organiseringsmåtene av KE. Fordelen med å organisere KE underlagt et sentralt forvaltningskontor er tilgjengeligheten. Brukeren og samarbeidspartnere vet hvor de skal henvende seg, siden det er samme sted man tar kontakt ved behov for helsetjenester. Ulemper med en slik organisering er at andre daglige oppgaver tillagt forvaltningskontoret i en bestiller-utførermodell, som vedtaksfesting av nødvendig helsehjelp, vil kunne prioriteres foran koordinering av rehabilitering, habilitering og individuell plan (Breimo & Thommesen, 2012). For Stjørdal er det samsvar mellom organisering av KE i forvaltningskontor for etat Omsorg, rehabiliteringsplanens helsefaglige orientering, samt planens avgrensning til å gjelde for helse- og omsorgstjenestene. I Levanger er det ikke samsvar fordi rehabilitering er organisert både i Helse og velferd og Oppvekst og utdanning, mens forvaltningskontoret kun er knyttet til Helse og velferd.

Steinkjer har organisert KE i to fora, Avdelingsforum og Koordinatorforum. Dette samsvarer med idealtipe 3, hvor KE er underlagt et utvalg sammensatt fra ulike organisatoriske tilhørigheter. Steinkjer sitt avdelingsforum består av oppvekstsjef, helsesjef, omsorgssjef, lokal NAV-leder og kommuneoverlege. Koordinatorforum består av representanter fra tjenester innenfor oppvekst- og helseetaten, NAV, og brukerrepresentant fra Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne. Begge foraene har fastsatte møter, henholdsvis fem og åtte møter per år. Breimo og Thommesen fremhever dette som en mer fleksibel organisering av KE, siden den krever færre faste stillingsressurser. Organiseringsmodellen setter fokus på koordinering og bruk av individuell plan ved at ansatte fra flere ulike felt og tjenester møtes i dette foraet. Disse bringer med seg fokus på koordinering tilbake til sine tjenestesteder. Ulempen med denne organiseringen er at utvalget kan bli usynlig og utilgjengelig for brukeren og samarbeidspartnere. Det kan også være uklarheter i ansvarsfordeling dersom det ikke ligger noen vedtaks- eller beslutningsmyndighet til KE (Breimo & Thommesen, 2012). I Steinkjer sin plan påpekes det at KE har delegert myndighet til oppnevning av koordinator.

Det brede utvalget i Steinkjer sin KE samsvarer med deres brede inkludering av rehabiliteringsaktører i planen, og helhetlige faglige orientering for rehabiliteringsfeltet.

Verdal beskriver ikke sin KE i kommunedelplanen, men på kommunens nettsider finnes informasjon om at kommunen i 2021 har vært gjennom en omorganisering av KE. Nå har de gått over til en blanding mellom idealtipe 1 og 2, hvor rehabiliteringstjenesten og vedtakskontor har blitt samorganisert. Det kan tenkes at dette har sammenheng med målsettingen i kommunedelplanen om “kunnskapsbaserte forebyggende innsatser som reduserer behovet for helse, omsorg og velferdstjenester”, men dette er ikke beskrevet videre.

På bakgrunn av dette fremstår det ikke å være sammenheng mellom tverretatlig organisering av rehabilitering og tverretatlig organisering av KE. Både Stjørdal, Steinkjer og Levanger har målsettinger i sine planer om videreutvikling av KE. For Stjørdal handler tiltakene om tydeliggjøring av ansvaret og myndigheten som ligger til KE sin oppgave. For Steinkjer er det beskrevet et utviklingsprosjekt om koordinator og IP i planperioden. Her inkluderes årlige opplæringsdager for koordinatorene, samt revidering av prosedyrer og retningslinjer knyttet til koordinator og IP. For Levanger er det beskrevet at organiseringen av KE ble iverksatt i 2014, samme år som planen ble skrevet, og utviklingsmålene er dermed knyttet til hvilke arbeidsoppgaver som skal ligge til enheten:

Helse og omsorgstorget (HOT) og Koordinerende enhet (KE) skal utvikles og jobbe ut fra klare målsetninger, knyttet til kvalitet og omfang som ønskes av tjenestene, og hvordan vi ønsker tjenestene organisert. Dette skal sikre at alle innbyggere blir behandlet likt, uavhengig av hvor de bor. (...) Koordineringen av tjenestene skal foregå sømløst og kontaktpunktet for tjenestene skal være tilgjengelig og kjent for brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Gjennomgående pasientforløp og målrettet og koordinert innsats skal bidra til å redusere faren for funksjonstap i overgangssituasjoner. (...) Omlegging til hverdagsmestring, bruk av velferdsteknologi og krav om god flyt i pasientforløp vil kreve mye tettere tverrfaglig og tverretatlig samarbeid enn dagens praksis (Levanger kommune, 2014, s. 55).

Selv om kommunene har ulik organisering av KE, så ønsker alle en videreutvikling. Kan dette være et tegn på vanskelig ansvars-/oppgavefordeling i kombinasjon med daglig drift og prioritering opp mot andre oppgaver? En masteroppgave fra 2018 som samlet erfaringer fra medlemmer i nettverk for KE i Oslo kommune, fant også at det var store forskjeller mellom organiseringen av KE i de ulike bydelene. Det var også store forskjeller mellom hvor synlig

og tilgjengelig medlemmene mente enheten var for brukere og samarbeidspartnere (Londalen, 2018). Den store variasjonen i organisering av KE samsvarer med variasjonen jeg finner i organisering av rehabiliteringstjenester, og hvordan nasjonale føringer lar kommunene planlegge og organisere seg ut fra en svak statlig styringen om hva kommunene «bør» og «kan» gjøre.

Formålet med KE er beskrevet i rehabiliteringsforskriften med at «den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Koordinering og samarbeid beskrives som et av velferdsstatens problemer i Tone Alm Andreassen sitt kapittel i boken «Velferdens organisering»:

Et problem for velferdspolitikken, men enda mer for velferdstjenestenes brukere som er avhengig av koordinert hjelp, er at det tilsynelatende er enklere å dele opp, avgrense oppgaver og ansvar, enn å finne midlene som skal sikre at det blir en helhet av det oppdelte (Andreassen, 2014, s. 124).

For å kunne diskutere kommunenes organisering i lys av mekanismer for koordinering og samarbeid, skal jeg ta for meg noen organisasjonsteoretiske begreper. Den amerikanske professoren William Ouchi beskriver at samarbeid kan skje gjennom tre styringsmekanismer, hierarki, marked eller nettverk (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140-142). At kommunene skal sikre koordinering eller samarbeid er en av de sterke føringene fra staten. Staten har pålagt kommunene og helseforetakene å samarbeide gjennom Samhandlingsreformen og medfølgende samarbeidsavtaler. Med staten på toppen av rangstigen kan vi se på hierarki som den styringsmekanismen som her skal fremme koordinering. Gjennom markedsmekanismen er styringen basert på at samarbeidet skal lønne seg for begge parter. I tillegg inngår man kontrakter for å formalisere samarbeidet og lønnsomheten. I et nettverk skal samarbeidet preges av solidaritet og frivillig deltakelse. Styringen er begrenset og samarbeidet preges av dialog og enighet om felles forpliktelser (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). Behovet for koordinering, og framveksten av samstyring i dagens offentlige virksomhet, kan forklares med økende kompleksitet og fragmentering i offentlig tjenesteproduksjon (Hanssen, Helgesen & Vabo, 2018). Samfunnet hadde en tradisjonell offentlig administrasjon i etterkrigstiden, med enhetlig styring og utvikling av lover, regler og retningslinjer. Via bølgen av New Public Management i (NPM) i 1980-årene som brakte med seg forretningsinspirerte verdier med konkurranse, kostnadseffektivitet og

resultatorientering, utviklet samfunnet seg til en mer markedsorientert organisasjon. Denne orienteringen har brukeren og tjenesteproduksjonen i sentrum (Hanssen et al., 2018). Den herskende samfunnsdiskursen i dag preges av NPM, supplert med samstyring fra New Public Governance på 1990-tallet. Samstyring har et syn på det offentlige som er mindre enhetlig, og heller et flerfoldig system bestående av et antall mer eller mindre koordinerte organisasjoner. For å få gjennomført offentlig politikk må alle disse organisasjonene samhandle med hverandre og eksterne aktører i et markeds- og/eller nettverksbasert styringssystem. Samstyring beskrives på denne måten som en tettere sammenfletting av stat og marked (Vabo & Røiseland, 2008)

Samhandlingsreformen preges av samstyring, ved at den setter samhandlende parter i gjensidig avhengighet, med fokus på tilpasning og samarbeid fastsatt av samarbeidsavtaler (Rønhovde, 2016). Organiseringen av rehabiliteringstjenester og KE er også styrt gjennom en blanding av styringsformer. Det foreligger ingen sterke nasjonale føringer for hvordan KE skal organiseres, og om den skal bygges opp etter hierarkisk, markeds- eller nettverksmodell. Det stilles heller ikke krav til om tildeling av rehabiliteringstjenester (og andre tjenester) skal skje ved hjelp av bestiller-utfører-modellen (eksempel på hierarkisk styring), tillitsmodellen (eksempel på nettverksstyring), eller andre former for forvaltningspraksis. Jeg vil argumentere for at den nye rehabiliteringsdefinisjonen styrker rehabiliteringsfeltets behov for samstyring gjennom at brukeren sidestilles med tjenesteaktørene i rehabiliteringsprosessen.

Bestiller- utfører-modellen har vært fremhevet som en hensiktsmessig organisering i helsetjenesten, for å avklare roller og ansvar, samt sikre kvalitet på tjenestene. Modellen deler opp tjenestetildeling og tjenesteutførelse. Bestillerenheten har ansvar for (eller delegerer videre) oppfølging og kontroll av tjenesteproduksjonen, samt klagebehandling (Hanssen et al., 2018). Om de benyttede styringsmekanismene ikke har ønsket effekt på de partene som skal samarbeide, for eksempel ved at den hierarkiske styringen mangler tillit i topp eller bunn – eller at partene er uenige i nytteverdien av samarbeidet, så kan koordineringen av rehabiliteringsforløpet bli en svært vanskelig oppgave. En kvalitativ studie fra 2016, før Opptrappingsplanen, identifiserte flere organisatoriske hindre for effektiv hjemmehabilitering i Oslo kommune (Steihaug, Lippestad & Werner, 2016). For lite fokus på rehabilitering som fagfelt, uenighet mellom helsearbeiderne om hva rehabilitering er, utfordringer med bestiller-utfører-modellen, og knapphet på ressurser, gjorde det vanskelig å lykkes med rehabilitering i hjemmet.

Under mitt andre tema har jeg diskutert hvordan organisering på tvers av flere etater er en motsats til «silorganisering», og at dette har en betydning for hvor bredt kommunene inkluderer ulike fag og oppgaver i sine planer. Jeg diskuterer den manglende sammenhengen mellom organisering av rehabiliteringstjenester og koordinerende enhet, og argumenterer for at ulike styringsmekanismer i koordinering og tjenestetildeling kan være hensiktsmessig.

5.3. Medvirkning, konkretisering og anvendbarhet

I de utvalgte plandokumentene er det en sammenheng mellom medvirkning, plannivå og hvor konkret planens mål og tiltak er. De to kommunene som har en egen temaplan for rehabilitering, og som har involvert ledere, ansatte og brukerrepresentanter i arbeidet, beskriver konkrete målsettinger og tiltak. Videre beskriver de også hvordan tiltakene kan evalueres, samt hvordan målsetting kan vurderes som nådd eller ikke. De viser en sammenheng med kommunens øvrige planverk, og henviser til overordnede målsettinger i kommunedelplanene. Bredden i tiltakene bærer preg av organisatorisk bredde (silorganisering eller tverretattlig organisering internt i kommunen), og involvering i planprosessen fra én eller flere etater. På den andre siden har de to kommunene med overordnede planer en mindre konkret beskrivelse av medvirkning, mål og tiltak. De beskriver heller ikke hvordan man kan vurdere måloppnåelse.

Det som imidlertid kan fremstå som mindre konkret i både rehabiliteringsplanene og kommunedelplanene, er skillene mellom mål, strategier, og tiltak. Begrepene *mål* og *strategi* skriver seg fra formuleringer i plan- og bygningsloven, som lager en disposisjon for kommuneplanens samfunnsdel og eventuelle kommunedelplaner. I en overordnet plan defineres ofte *strategier* for å nå målet, fremfor *tiltak*. I de to kommunene som ikke har en egen temaplan for rehabilitering kan det argumenteres for at det som i planen defineres som tiltak (og som jeg har beskrevet som overordnede tiltak), egentlig er *strategier*. Denne uklare differensieringen gjør at det kan være vanskelig å få planer fra ulike nivåer i planprogrammet til å henge godt sammen. Det som en overordnet plan beskriver som mål, strategi og tiltak, vil naturlig nok være mer overordnet enn tilsvarende i en temaplan for et spesifikt fagområde. Målsettingen om aktiv deltakelse og mestring er generell i de fire planene. I tillegg er den overførbart til oppvekst-, helse- og omsorgssektoren – uansett aldersgruppe og funksjonsnivå. I plan- og bygningsloven stilles det krav om en samordnet og helhetlig faglig orientering i kommuneplanleggingen. For å oppfylle dette bør ikke målsettingen i en rehabiliteringsplan og en helse- og omsorgsplan avvike særlig fra hverandre innenfor samme kommune.

Målsettingene i planen for et mer avgrenset område bør likevel være mer spesifikke. Når planene skal kommunisere sammen, for eksempel ved at temaplan for rehabilitering skal vise til mål i helse- og omsorgsplanen, kan det bli behov for å avklare hva som er overordnet mål og spesifikke mål. For å få til en ryddig og avklart planprosess, er det viktig at de ulike delene av planstrategien utarbeides i riktig rekkefølge. For eksempel er det enklere å gjøre velbegrunnede økonomiske prioriteringer dersom man på forhånd har laget en god oversikt over samfunnsutvikling og behov for tjenesteutvikling (Aarsæther, Falleth, Nyseth & Kristiansen, 2015).

Evalueringen av Opptrappingsplanen peker på en uhensiktsmessig budsjett- og ansvarsfordeling for rehabiliteringsfeltet. Siden tjenestekjeden er spredt på flere nivåer i helsetjenesten, både kommunene, spesialisthelsetjenesten, og NAV, så vanskeliggjør dette en målrettet økonomisk plan for de ulike aktørene: «Det at kostnader ikke er overførbare mellom disse betyr at hver enkelt budsjetteier ikke har insentiv til å investere i tjenester som kan føre til større besparelser for andre. Resultatet er suboptimal kostnads-effektivitet satt i system» (KPMG, 2020, s. iii)

Med konkrete mål og tiltak i rehabiliteringsplanene blir de anvendbare som verktøy og virkemidler for bl.a. ansatte i organisasjonen. Dette i stedet for å være kun en lovpålagt forvaltningsoppgave kommunene utfører for å være lojale mot staten. «Planlegging under lojalitetspress kan lett bli en organisasjonsprosess med et visst negativt preg - en virksomhet kommunen gjør nødvendig og nødtvunget, med lite eierskap og entusiasme» (Kleven, 1998). Hvis de kommunale plandokumentene står i tråd med hverandre og med kommunens overordnede visjon, antas det å være lettere for tjenesteutøverne å kjenne seg igjen i planens målsetting. Dermed vil de også lettere kunne se tiltakene i sammenheng med andre deler av kommunens virksomhet. Om ansatte fra flere organisatoriske enheter medvirker i planarbeidet kan det tenkes at de får et større eierskap til innholdet i planen. En vellykket prosess som munner ut i en rehabiliteringsplan der flere enheter har bidratt, kan tenkes å fungere som et slags grenseobjekt, et felles redskap som knytter de ulike tjenestene sammen. Begrepet grenseobjekt ble lansert i 1989 av Star og Griesemer, to amerikanske forskere med bakgrunn fra sosiologi og filosofi. Begrepet er senere brukt i rehabiliteringssammenheng som «enheter som kan fasilitere samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper». Blant annet ergoterapi, fysioterapi, medisin og miljøarbeid (Solvang & Slettebø, 2012). I et tverrfaglig samarbeid er det behov for slike felles elementer som bidrar til å koordinere innsatsen mellom aktørene. Dette vil jeg til slutt drøfte opp mot teorien om «contingency», som beskrevet av Lawrence og

Lorsch. Teorien beskriver hvordan ulike oppgaver best løses med ulik grad av *integrering* og *differensiering* (Lawrence & Lorsch, 1967). Oppgaver som løses best av en yrkesgruppe alene, krever lav grad av integrering. Om oppgaven ikke kan løses av noen andre er det også høy grad av differensiering. I et velfungerende tverrfaglig rehabiliteringssamarbeid vil det være behov for høy grad av integrering for at tjenestene skal være koordinerte. Det kan også være behov for høy grad av differensiering dersom det er behov for innsats fra tjenesteaktører med spesialfelt. Et plandokument som beskriver disse samarbeidsflatene godt kan fungere som *integrerende* eller *differensierende* virkemidler i et rehabiliteringssamarbeid (Axelsson & Axelsson, 2011; Lawrence & Lorsch, 1967). Planen kan virke som et integrerende virkemiddel mellom organisatoriske nivåer og mellom tjenesteutøvere på tvers av etater og sektorer. Dette vil være et dynamisk samarbeid hvor fagpersonene må gi og ta for å komme frem til de beste løsningene sammen. Denne beskrivelsen av et integrerende virkemiddel samsvarer godt med beskrivelsen av et grenseobjekt. Planen kan ha en ønsket differensierende virkning hvis den avklarer hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver som skal utføres av spesifikke faggrupper alene. En høy grad av differensiering krever ifølge Axelsson og Axelsson en høy grad av integrering på tvers i organisasjonen (integrering på tvers samsvarer med det jeg i kapittel 4.2. og 5.2. omtaler som tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid). Dette er for å sikre at de samarbeidende partene vet hvor, når og hvordan man tilknytter nødvendige faggrupper fra andre organisatoriske enheter (Axelsson & Axelsson, 2011). Om de samarbeidende partene har medvirket i arbeidet med rehabiliteringsplanen kan det være større sannsynlighet for at planen får en integrerende effekt på tvers i organisasjonen. Ikke bare mellom de enheter som er organisert sammen og planen er direkte knyttet til. Det som imidlertid vanskeliggjør planens integrerende effekt er rehabiliteringsfeltets uklare avgrensninger og ansvarsfordeling på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette gjør at planen heller kan virke differensierende i tilfeller hvor det ikke trengs høy grad av differensiering.

Tidligere i diskusjonen har jeg vist hvordan organisering av rehabiliteringstjenestene kan få konsekvenser for rehabiliteringsfeltets synlighet, makt, og faglige orientering. Dette er også påvirket av om kommunen har en egen rehabiliteringsplan. I denne siste delen av diskusjonskapittelet har jeg drøftet medvirkning og konkretisering av rehabiliteringsplaner, opp mot de teoretiske begrepene grenseobjekt, integrering og differensiering. Planene med konkrete mål og tiltak er mer anvendbare for å utvikle rehabiliteringstjenestene. Planer som er skrevet med bred medvirkning kan fungere som grenseobjekter i rehabiliteringssamarbeid. Med å runde av diskusjonen her vil jeg argumentere for at det i kommunale som i nasjonale

planprosesser er viktig å involvere «de som står med skoene på» - fagpersoner med ekspertise, som vet hva som er utfordringen for praksisfeltet. Det er ikke alltid at det fagpersonene ser av problemer stemmer med det myndighetene eller politikerne er opptatt av (Kleven, 1998).

5.4. Metodediskusjon

Jeg har valgt å avgrense temaet i studien til å gjelde *rehabilitering*. I noen tilfeller inkluderer jeg områder og oppgaver tilhørende *habilitering* og *forebygging*, i andre tilfeller gjør jeg det ikke. Dette kan være en svakhet med studien. Kommunene har ulike overordnede organisasjonsmodeller, faglige orienteringer og organisatoriske plasseringer av sine rehabiliteringstjenester. Dette vanskeliggjør ytterligere å være konsekvent i begrepsbruken og tydelig skille habilitering og forebygging fra rehabilitering. Siden studien er en dokumentstudie vil den preges av begrepsbruken i de utvalgte planverkene. Ikke alle kommunene har beskrevet eksplisitt i plan eller organisasjonskart hvilke enheter som jobber med rehabilitering. Eksempelvis så har to av kommunene skilt ut helsetjenester til barn kontra tjenester til voksne, og plassert barnefeltet under oppvekstetaten. De to kommunene har ikke brukt begrepene rehabilitering eller habilitering når de har navngitt sine tjenester til barn. Ut fra deres planer og beskrivelser av egne enheter kan man lese at oppgavene til barne- og familieenhetene samsvarer med definisjonen av rehabilitering og habilitering. Det vil på bakgrunn av dette kunne fremstå noe upresist å omtale «organisering av rehabiliteringstjenester». Det er likevel basert på både navn på organisatoriske enheter, og kommunenes beskrivelser av enhetenes arbeidsoppgaver.

De utvalgte kommunenes planverk er av ulike plantyper og ulike plannivåer i kommunal planstrategi. Et utvalg av planer av samme type hadde vært mer sammenliknbare, og hadde kunnet gitt tydeligere likheter og ulikheter. Det at to av kommunene har laget en temaplan for rehabiliteringsfeltet i opptrappingsperioden – og to ikke har det, er imidlertid et interessant funn i seg selv. Begrunnelsen for at jeg valgte ut planer av to ulike typer, er at jeg ønsket å se på planene som lå nærmest rehabiliteringsfeltet i hver kommune.

En annen svakhet med studien er at jeg kun har sett på fire kommuner, og funnene kan ikke generaliseres til å gjelde for landets resterende 352 kommuner. Jeg kan heller ikke si noe om årsaken til at de fire kommunene organiserer og planlegger sine rehabiliteringstjenester som de gjør. Diskusjonen rundt hvilke konsekvenser rehabiliteringstjenestenes organisering og planstrategi kan ha for makt og synlighet, kan imidlertid være en interessant diskusjon også for andre kommuner i landet.

6. Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å få mer kunnskap om hvordan fire nordtrønderske kommuner planlegger og organiserer sine rehabiliteringstjenester likt og ulikt ut fra samme nasjonale føringer.

Med utgangspunkt i problemstillingens tre spørsmål har jeg vist at det er en sammenheng mellom organisering av rehabiliteringstjenester og hvilket plannivå i kommunens planstrategi som er styrende for rehabiliteringsfeltet. Kommunene som har organisert rehabiliteringstjenestene under virksomhetsnavnet Hjemmetjenester, har overordnet kommunedelplan/helse- og omsorgsplan som sitt styrende plandokument for rehabiliteringsfeltet. Kommunene som bruker begrepet Rehabilitering og/eller Forebygging som navn på virksomhetsnivå, har utformet en egen temaplan for rehabilitering i opptrappingsperioden. De synliggjør med dette rehabiliteringsfaget bedre i kommunens planverk, samt høyere opp i eget organisasjonshierarki. At rehabiliteringstjenesten er synlig i organisasjonen og representeres med egne talspersoner i planleggings- og beslutningsprosesser kan få konsekvenser i form av makt. En egen rehabiliteringsplan kan også gjøre feltet mer synlig, bidra til tjenesteutvikling og til å sette rehabilitering på dagsordenen.

Jeg viser videre at det er en sammenheng mellom organisering av rehabiliteringstjenester og faglig orientering for rehabiliteringsfeltet. Kommunene som har fordelt rehabiliteringstjenestene i to etater, er bredere, mer helhetlig faglig orientert i sin plan. Kommunene som har samlet rehabiliteringstjenestene i én etat har en smalere og tydeligere helse- og omsorgsorientert plan. Mellom de to overordnede helse- og omsorgsplanene er det en tydelig forskjell i faglig orientering som samsvarer med planenes omfang. Kommunedelplanen som er kortfattet viser ikke til involvering av andre etater, og har en faglig orientering som er vanskelig å klassifisere. Den omfattende kommunedelplanen peker på helsefremming og mestring som et mål for alle sektorer, også utenfor helse og omsorg. Det er ikke sammenheng mellom tverretattlig organisering av rehabiliteringstjenester og koordinerende enhet i de fire kommunene. Rehabilitering kan imidlertid være komplekse prosesser med blanding av styringsmekanismene hierarki, marked og nettverk, og jeg argumenterer for at ulike styringsmekanismer i koordinering og tjenestetildeling kan være hensiktsmessig.

Til slutt viser analysen en sammenheng mellom medvirkning i planprosess og grad av konkretisering av planenes mål og tiltak. Kommunene som har beskrevet medvirkning fra navngitte fagpersoner, politikere og brukerrepresentanter har mer konkrete mål og tiltak i sine planer. Plannivå har også en åpenbar betydning for hvor overordnet eller konkret mål og tiltak beskrives. De overordnede planene beskriver overordnede mål og tiltak, mens de spesifikke temaplanene beskriver konkrete mål og tiltak. På bakgrunn av en kommunedelplan alene er det vanskelig å se en nøyaktig plan for tjenesteutvikling innenfor et spesifikt fagfelt. Dette er fordi kommunedelplanen ikke beskriver innholdet i tiltakene, hvem som er ansvarlig for gjennomføring, og hvordan man kan vurdere måloppnåelse. Jeg har diskutert hvordan man gjennom medvirkning i planarbeid kan lykkes med å lage en plan som fungerer som et grenseobjekt mellom de ulike rehabiliteringsaktørene. Ved hjelp av begrepene integrering og differensiering har jeg drøftet hvordan ulike samarbeid krever ulik grad av integrering på tvers i organisasjonen, og at rehabiliteringsplanen kan være et verktøy for ansvarsavklaring mellom de ulike aktørene.

Oppsummert, så organiserer de fire kommunene seg ulikt – de har planer på ulike nivå og med ulik faglig orientering. Kommunene som har rehabiliteringsfaget synlig høyere opp i organisasjonen har utarbeidet en egen rehabiliteringsplan. De viser også større deltakelse fra fagpersoner i planprosessen, og har mer konkrete mål og tiltak i planen. En tverretattlig organisering av rehabiliteringstjenester med fagfeltet synlig høyt oppe i organisasjonskartet, synes å gi en bredere rehabiliteringsforståelse, samt bredde i konkrete tiltak. En temaplan med konkrete mål og tiltak fremstår som et mer anvendbart og integrerende verktøy for fagpersoner som skal jobbe med rehabilitering – fremfor en overordnet plan med overordnede mål og tiltak.

6.1. Videre forskning

Evalueringen av Opptrappingsplanen peker på manglende enhetlig nasjonal tilnærming som en utfordring for rehabiliteringsfeltet. Sammenhengene jeg har analysert frem, viser at kommunenes planlegging og organisering av rehabiliteringstjenester har konsekvenser for feltets synlighet og faglige orientering. Videre hadde det vært interessant å undersøke hvilke organisatoriske og planmessige faktorer som har betydning for kvalitet på rehabiliteringstjenester. Er det sånn at en egen temaplan gir mer fokus, fagutvikling og kvalitet for rehabiliteringsfeltet, sammenliknet med å ha en overordnet plan? Er det sånn at en smal eller bred faglig orientering av rehabiliteringstjenestene får effekt på kvalitet og

opplevelse av koordinerte, helhetlige tjenester? Tidligere forskning viser at det er behov for bedre kvalitetsindikatorer for rehabiliteringsfeltet. Man kan tenke seg at den nye utvidede rehabiliteringsdefinisjonen bidrar til å utviske grensene for hva som er hensiktsmessige kvalitetsmål. Jeg ser det derfor som interessant for videre forskning å angripe problemstillinger rundt utvidelse av definisjonen og utvanning av rehabiliteringsbegrepet. Betyr utvanning at det blir dårligere kvalitet på tjenestene, eller er det en konsekvens av mer helhetlig tenkning i helsetjenestene?

Referanser

- Aarsæther, N., Falleth, E. I., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2015). *Utfordringer for norsk planlegging : kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl.
- Andreassen, T. A. (2014). Å overbygge organisatoriske ansvarsgrenser. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 122-137). Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2011). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, G. & Boréus, K. (2012). *Textens mening och makt : metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys* (3. oppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Birkeland, A., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F. F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering–spesialisert eller integrert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 14(1). Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2562665>
- Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Breimo, J. P. & Thommesen, H. (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene,.
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. & Athanasiou, T. (1988). *Mind over machine : the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Falleth, E. I. & Stokke, K. B. (2001). *Kommune- og økonomiplanlegging. Hva gjør kommunene?* NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/20.500.12199/5852>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

- Hanssen, G. S., Helgesen, M. & Vabo, S. I. (2018). *Politikk og demokrati : en innføring i stats- og kommunalkunnskap* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St. meld nr 47, Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *St. meld nr 26, Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Høringsnotat - Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv. Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. . Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/4b969cc159384aca86776fc9404aa32f/hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse>
- Helsedirektoratet. (2020). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kleven, T. (1998). Planlegging og politikk - en kritisk refleksjon. I R. Amdam & T. Kleven (Red.), *Planlegging og handling : kommunal planlegging som grunnlag for politisk styring*. Oslo: Kommuneforl.
- Kleven, T., Naustdalslid, J. & Bjørn, C. (2011). *Styrking av planforskning og planleggerutdanning i Norge*. NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/20.500.12199/5543>
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83)*. . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>

- KPMG. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Helsedirektoratet. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf)
- Lawrence, P. & Lorsch, J. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. . *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47. <https://doi.org/10.2307/2391211>.
- Levanger kommune. (2014). "Mestring for alle" - kommunedelplan helse og omsorg 2015-2030. Hentet fra https://levanger.kommune.no/Global/dokumenter/kommunedelplan_helse_og_omsorg_2015_2030.pdf
- Lukes, S. (2004). *Power : A Radical View*, 2ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan Ltd.
- Lunde, B. V. (2015). *Helhetlig rehabilitering i kommunal regi. Kommunale aktørers "oversettelse" av helhetlig rehabiliteringspolitikk. (Doktoravhandling, Universitetet i Nordland)*. Bodø. Hentet fra <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/284364/Lunde.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. . utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mik-Meyer, N. (2005). Dokumenter i en interaksjonistisk begrepsramme. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (1. utg., s. 193-214). København: Hans Reitzels forlag.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv - interview, observationer og dokumenter* (s. 193-214). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. & Villardsen, K. (2012). *Power and Welfare: Understanding Citizens' Encounters with State Welfare* Taylor and Francis.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71)*. . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage.
- Rønhovde, L. (2016). Kommunal organisering i møtet med samhandlingsreforma. I J. Amdam, R. Bergem, F. O. Båtevik & Fjordkonferansen (Red.), *Offentlig sektor i endring: Fjordantologien 2016*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Scott, J. (1990). *A matter of record : documentary sources in social research*. Cambridge: Polity Press.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998-1999). *St. meld nr 21, Ansvar og meistring : mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo.
- Steihaug, S., Lippestad, J.-W. & Werner, A. (2016). Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scand J Prim Health Care*, 34(1), 46-54.
- Steinkjer kommune. (2017). *Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Steinkjer kommune 2018-2021*. Hentet fra <https://www.steinkjer.kommune.no/getfile.php/4042148.1003.pbaqilmasmppbk/Handlingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2018-2021-vedtatt-formannskapet-21.12.17.pdf>
- Stjørdal kommune. (2019). *Kommunal plan for habilitering og rehabilitering, Stjørdal kommune 2019-2021*. Hentet fra https://www.stjordal.kommune.no/_f/p3/i05ec44d6-5ac7-4587-bbee-11ceed0ad618/kommunal-plan-for-habilitering-og-rehabilitering-2019-2021.pdf
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (1. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Torjesen, D. O. & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen - virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 138-157). Oslo: Univeritetsforlaget.
- Trøndelag fylke. (2020). Kart over kommuner i Trøndelag fylke 01.01.2020. I. Hentet fra <https://www.trondelagfylke.no/vare-tjenester/plan-og-areal/kart-statistikk-og-analyse/nyhetsarkiv-kart-og-statistikk/faktafredag---nye-kommuner-i-2020/>
- Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 2008(01-02), 86-190. Hentet fra https://www-idunn-no.ezproxy.hioa.no/nst/2008/01-02/governance_pa_norsk_samstyring_som_empirisk_og_-_analytisk_fenomen
- Verdal kommune. (2015). *"Følk ska bli hjølpin" - kommunedelplan helse, omsorg og velferd 2015-2030*. Hentet fra https://www.verdal.kommune.no/Documents/Helsetjenester/kdelplan_helse_2015_2030.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1: Bakgrunnsdata

Vedlegg 2: Organisasjonskart

Vedlegg 1: Bakgrunnsdata

Hentet fra kommunenes planer og nettsider, samt SSB.

Organisasjon og kontekst

	Stjørdal	Steinkjer	Levanger	Verdal
Plan-dokument	Kommunal plan for habilitering og rehabilitering Stjørdal kommune 2019-2021	Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Steinkjer kommune 2018-2021	Kommunedelplan helse og omsorg 2015-2030 «Mestring for alle»	Kommunedelplan helse, omsorg og velferd 2015-2030 «Følk ska bli hjølpin»
Årstall kontekst	2019	2017	2014 Før Opptrappingsplan	2015 Før Opptrappingsplan
Omfang (antall sider)	23	34	86	18
Plannivå Standardisering/fakta	Plan (temaplan?)	Handlingsplan (temaplan?)	Kommunedelplan	Kommunedelplan
Historiske dokumenter (tas ut?)	Plan for medisinsk rehabilitering 1992, Fra 2002 integrert i Helse- og omsorgsplan 2002-2006	Handlingsplan for funksjonshemmede 2004-2009	Ja, men ikke off.tilgjengelig. Henvises til revisjonsbehov av «eksisterende rehabiliteringsplan, men ved kontakt med leder så har de ikke en egen rehabiliteringsplan. Har hatt, men ikke i bruk/utdatert?	Rehabiliteringsplan 2008-2011, ikke rullert, ikke aktiv
Oppbygning av planen standardisering/fakta	Innholdsfortegnelse Kapittelinnndeling: 1. Sammendrag med anbefalinger 2. Innledning 3. Habilitering og rehabilitering 4. Lokale forutsetninger 5. Utfordringsbildet 6. Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Stjørdal kommune 7. Referanser	Innholdsfortegnelse Kapittelinnndeling: 1. Mål 2. Målgruppe 3. Arbeidsgruppe og planprosess 4. Bakgrunn 5. Definisjoner og begrep 6. Utfordringer og etikk 7. Status i Steinkjer kommune 8. Utfordringer i Steinkjer kommune 9. Tiltak i tråd med strategier i kommunedelplan for helse og omsorg	Innholdsfortegnelse Kapittelinnndeling: 1. føringer for planen 2. Utfordringer 3. Visjon og mål 4. Strategier 5. Planer og utredninger 6. Handlingsdel 2015-2018 7. Vedlegg	Ingen innholdsfort. Overskrifter: - Formål - Helse, omsorg og velferd sin rolle i samfunnsutvikling - Mål og strategier - Dagens status for helse, omsorg og velferd - Trender og utviklingstrekk - Utfordringer - Driftstiltak - Investeringsiltak - Kunnskapsgrunnlag

		10. viktige linker og dokumenter		
Viser til tilgjengende kommunale dokumenter kontekst	Kommunedelplan omsorg 2032 Prosjekt likeverdige muligheter	Kommunedelplan for helse og omsorg 2017-2021 Ulike utviklingsprosjekter innen rehab/hab i planperioden	Planstrategi Kommuneplanens samf.del Økonomiplan Temaplaner	Temaplan pleie og omsorg 2013-2016 Boligsosial handlingsplan 2014-2020 Ruspolitisk handlingsplan 2014-
Viser til statlige føringer kontekst	HO-tjenesteloven Forskrift Opptrappingsplan	Opptrappingsplan Likestillings- og diskrimineringsloven Levekårsundersøkelser personer med nedsatt funksjonsevne Forskrift Barnevernsloven Opplæringsloven Familiemeld	PBL Folkehelseloven HO-tjenesteloven Samhandlingsreferat Morgendagens omsorg Folkehelsemeld	Samhandlingsreferat NOU Innovasjon i omsorg Folkehelsemeld Morgendagens omsorg Kompetanseløftet 2015 HelseOmsorg 21 – rapport 2014
Spesifikk statusbeskrivelse av kommunens rehab/hab.tjeneste institusjon	ja	ja	Nei Men eget avsnitt og rehab/hab som strategi	Nei Hab/rehab ikke nevnt
Organisering av rehab/hab.tjenester institusjon (Se org.kart)	Avd. aktivitet og mestring under Forebyggende virksomhet under Etat omsorg. Habilitering i avdelinger under Virksomhet bo- og miljø under Etat omsorg	Enhet barn og familie under Sektor forebyggende under Etat oppvekst. Enhet Steinkjer Rehabilitering under Sektor Rehabilitering og sykehjem under Etat Helse. Enhet mestring og oppfølging under Sektor habilitering og legetjenester under Etat helse.	Habilitering i avdelinger under Enhet habilitering, og Rehabilitering i avdelinger under Enhet hjemmetjenester under Kommunalsjef Helse og velferd	Rehabiliteringstjenesten under Virksomhet hjemmetjenesten under Kommunalsjef Velferd Habilitering i avdelinger under bo- og dagtilbudtjenesten under Kommunalsjef velferd
Organisering av KE (ref. idealtyper i Breimo/Thommesen)	Forvaltningskontor, idealtipe 2.	Avdelingsforum og koordinatorforum, idealtipe 3.	Helse- og omsorgstorg, idealtipe 2	Omorganisert mars 2021: Nyopprettet avdeling bestående av forvaltningskontor og rehabiliteringstjenesten, blanding mellom idealtipe 1 og 2

Planprosess, mål og tiltak

	Stjørdal	Steinkjer	Levanger	Verdal
I planen beskrives medvirking prosess	Ja, navngitte personer. Ledere, ansatte, brukerrepresentant	Ja, navngitte personer. Ledere	Ja, ikke navngitte personer. Politikere, ledere, ansatte, brukerrepresentanter, åpne folkemøter	Nei
Målsetting Prosess	<ul style="list-style-type: none"> - Brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdig i samfunnet ut fra de forutsetningene de har - Tjenestene tilbys og ytes ut fra pasient og brukerperspektiv - Tjenestene er målrettet, tverrfaglig samordnet og systematisk koordinerte - Systematisk samhandling mellom bruker, pårørende og tjenesteyter - Tjenestene tilbys og ytes i eller nærmest mulig pasient/brukers vante miljø 	<ul style="list-style-type: none"> - Innbyggere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal motta, og være aktivt deltakende i eget og proaktivt hab- og/eller reabilitilbud i kommunen - Tjenestene tilbys og ytes i eller nærmest mulig pasient/brukers vante miljø - 	<ul style="list-style-type: none"> - Livskvalitet og vekst - Mestring: Gjennomgående mestringsorientert arbeidsform - Innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i alle deler av helse og omsorgstjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> - Folkehelse - Brukeropplevelse av kommunalt tjenestetilbud som godt supplement til aktivt og selvstendig hverdagsliv. - Funksjonelle boliger og infrastruktur for selvstendighet, aktivitet, mening - Samvirke mellom det offentlige og lokalsamfunnet. - Utvikling og bruk av velferdsteknologi
Strategier Prosess	<ul style="list-style-type: none"> - Implementere hverdagsmestring som tankesett og metode - Bedre samordning og koordinering - Samhandling mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå, eller på tvers av forvaltningsnivåene - Videreutvikling av Koordinerende enhet - Riktig tjeneste til riktig tid - Tidlig innsats - Lengst mulig i eget liv og eget hjem - Velferdsteknologi - Funksjonelle omsorgsomgivelser 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressursfokus - Hverdagsmestring - Brukermedvirking - Tverrfaglig samarbeid - Koordinering - Tidlig innsats 	<p>Mestring og mening- hele livet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mestring som verdigrunnlag og arbeidsform - En aktiv brukerrolle - Forebygging og tidlig innsats - Habilitering og rehabilitering - Mestring i egen bolig - Meningsfull hverdag <p>Mobilisere og engasjere samfunnets omsorgsressurser:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forsterke egen innsats, holdningsarbeid - Kvalitetsstandarder som bidrar til stor grad av egenmestring - Universell utforming - Samarbeid med frivillighet - Velferdsteknologi

			<ul style="list-style-type: none"> - Barn og unges helse, oppvekst og læringsmiljø - En moderne pårørendepolitikk - Aktiv samhandling med frivillige - Kompetansebygging i nærmiljøet <p>Fremtidsrettede og bærekraftige tjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordinerte og helhetlige tjenester - Utvikling av rus og psyk.helsearbeid - Legekontorer og fastleger - Utvikling av spesialiserte tilbud - Desentralisert modell for omsorgsfellesskap - Utvikling av demensomsorgen - Private tjenesteleverandører - Regional samhandling <p>Systematisk og kontinuerlig utvikling og innovasjonsarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematisk utvikling og innovasjonsarbeid - Ledelse, rekrutteringspolitikk, kompetanseutvikling og samhandling 	
Tiltak Prosess	Koordinerende enhet: <ul style="list-style-type: none"> - Sikre mandat og lederforankring - Rolleavklaringer - Sikre oppfølging, opplæring og 	Overordnede tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Koordinatorforum - Avdelingsforum - Opplæringsdager for koordinatorene 	Driftstiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Utvikle egen modell for hverdagsmestring og 	Driftstiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Holdningsskapende arbeid blant ansatte med fokus på forebygging og

	<p>veiledning av koordinatører</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematisk oversikt over rehabiliteringsbehov - Sikre kompetanse på hab/rehab. i KE - Vedtaksfesting av hab/rehab - Systematisk brukermedvirkning ved bruk av SIO-verktøy - Fungerende henvisningsrutiner mellom kommune, fastlege og helseforetak <p>Habilitering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvikle fritidsaktiviteter, dagaktiviteter og arbeid for voksne med funksjonsnedsettelse - Bedre overgangen fra barn til voksen - Utvikle fritidsaktiviteter og dagaktiviteter for eldre med psykisk utviklingshemming - Intensiv habilitering - Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid - Ansvarsavklaring for ASK hjelpemidler for voksne - Logoped: Avklare henvisningsrutine og utrede behov og mulighet for å ansette logoped <p>Rehabilitering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tverrfaglig kurs for barn og deres familier som strever med psykisk helse og overvekt - Rask Psykisk Helsehjelp - Forebyggende hjemmebesøk for eldre - Frisklivssentral, Lærings og Mestringskurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Familiens hus, tverrsektoriell samhandling - Revidering av prosedyrer og retningslinjer for koordinatører og individuell plan <p>Hab. barn/unge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helhetlige tjenester til barn og unge og deres familier - Spesialpedagogisk undervisning i skole - Tilrettelegging for barn med nedsatt funksjonsevne § 19g – barnehage - Generelle støttetiltak i skole - Støtte i SFO - Fysio- og ergoterapi til barn med habiliteringsbehov - Oppfølging av premature - Oppfølging av fedme/overvekt - Familiestøtte - Foreldrestøtte under utrednings- / habiliteringsprosess - Støtte av barn/ungdom under utrednings- / habiliteringsprosess - IP og Koordinator - Overgang barn til voksen - Støtte – fritidskontakter - Avlastning til foreldre - Tilsyn før og etter skoletid i ungdomsskole og videregående skole - Ung i aktivt liv - Jobbhuset - Sjef i eget liv 	<p>hverdagsrehabilitering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan for ny tverrfaglig teamstruktur - Kommunale L/M-tilbud - Etablere forebyggende hjemmebesøk for eldre - Etablere infotjeneste om velferdsteknologi - Videreutvikle FLS - Koordinering av frivillighet - Ansette demenskoordinator - Videreføre kreftkoordinator - Ansette rus- og psykiatrikoordinator - Sikre strategisk utviklingskapasitet - Stilling velferdsteknologi <p>Investerings tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heldøgns omsorgstilbud - Helsehus - Boligsosial handlingsplan - Barne-/avlastningsbolig - Rehabilitering kommunale boliger - Velferdsteknologi og trygghetsalarmer 	<p>hjelp til selvhjelpstenknin g</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bidra til universell utforming av boliger - Sterkere brukerorientering i utvikling av tjenestetilbudet - Utarbeide handlingsplan velferdsteknologi - Utvikle velferdsteknologi i tett samarbeid med brukere - Ansatte må settes i stand til å ta i bruk velferdsteknologi - Være en pådriver for regionalt utviklingsarbeid innen velferdsteknologi - Etablere gjensidig, likeverdig samarbeid med frivilligheten slik at oppgaver som kan løses på nye måter - Kunnskapsbase rte forebyggende innsatser som reduserer behovet for helse, omsorg og velferdstjenester <p>Investerings tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvikling av velferdsteknologi - Oppgradering og universell utforming av boliger
--	--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Fallforebyggende treningsgrupper for eldre - Aktivitetssenter for eldre - Helsestasjonen:Treffpunkt, Mestringskurs for ungdom, helsestasjon for ungdom - Carbon - Vedtelt - Tirsdagsklubben - Kurs vedvarende utmattelse - Bonitas - Knutepunktet - Hverdagsmestringsteam - Hverdagsmestring som tankesett og metode - Rehabilitering i hjemmet - Utvikle dagrehabiliteringstilbud for unge eldre - Bedre digital samhandling, innføring av Helseplattformen - Ivareta fritids- og treningskontakter <p>Funksjonelle omsorgsomgivelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benytte brukerkompetanse i planlegging og prosjektering ac offentlige rom/bygg - Helsehuset - Nye Fosslia Omsorgssenter 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitetsplikt for sosialmottakere under 30 år - Økonomikurs for enslige mindreårige <p>Hab. og rehab. voksne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Døgnrehabilitering - Dagrehabilitering på rehabiliteringssenteret - Kartleggingsbesøk og oppfølging i forhold til tekniske hjelpemidler - Logoped - Syns-/hørselskontakter - Aktivitørtjeneste - Støtte-, fritid- og treningskontakttjeneste - Avtalefysioterapi - Frisklivsentral - Sterk og stødig - Dagtilbud for personer med kognitiv svikt - Individuelt aktiviseringstilbud til alle yngre med kognitiv svikt. - Hjelpemiddelteknikere / helseteknolog - Behandlingsgrupper for håndtrening / ergoterapi - Fordelingsteam rus og psykiatri - Rehabilitering og kvalifisering - Leiret verksted - Jarlegården oppfølgingscenter, Kirkens sosialtjeneste. - Styrke kompetansen på koordinatorrollen og individuell plan i rus- og psykiatritjenestene. 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle recoverybaserte tjenester for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. - Styrke samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner om aktivitet, nettverk og fritid for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. - Styrke samarbeid med lokalt næringsliv/bedrifter om praksisplasser og arbeidsplasser for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser. - Jæktsmedgata dagsenter - Rask psykisk helsehjelp - Sprek bosetting - ICDP- veiledning for foreldre med flyktningebakgrunn - Tverrfaglig mottak, kartlegging og oppfølging av familier med flyktningebakgrunn - Kompetansesenter for gjeldsrådgiving - Økonomikurs til flyktninger - Hjemmebesøk til utvalgte familier som søker om sosialhjelp - IP og koordinator 		
--	--	---	--	--

Demografi

	Stjørdal	Steinkjer	Levanger	Verdal
Innbyggertall (SSB 2.kvartal 2020)	24 205	24 240	20 160	14 989
Befolkningstetthet 2020 (SSB)	26 per km2	13 per km2	33 per km2	10 per km2
Andel som bor i tettsted 2019 (SSB)	70%	66%	67%	68%
Nettovekst 2019-2.kvartal 2020 (SSB)	+177	-231	-94	+56
Politisk styring, to største partier siste 2 valg	SP - AP	SP - AP	AP - SP	SP - AP

Økonomi

Nøkkeltall	Enhet	Stjørdal	Steinkjer	Levanger	Verdal	Landet uten Oslo
		2019	2019	2019	2019	2019
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger	kr	22501	27605	28194	27325	28772
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger	årsverk	256,3	294,1	309,9	299,2	313,7
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter	prosent	-2,7 (28)	31,2	30,4	29,5	32,4
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning	prosent	88,2	81	76,6	83,1	77,7
Årsverk per bruker av omsorgstjenester	årsverk	0,46	0,46	0,5	0,49	0,58
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester	prosent	30,5	36,4	37,4	35,4	30,3
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år	prosent	52,5	37,7	51,4	49,8	47,9
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem	prosent	7,1	8,8	2,3	9	11,9
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc 1	prosent	34,8	98,7	87	38,1	91
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon	kr	3437	3241	9538	3704	3842
Andel private institusjonsplasser	prosent	0	13	0	0	5,5
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	timer	0,36	0,49	2,81	0,67	0,56
Andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud	prosent	0,27	0,34	0,82	0,49	0,69

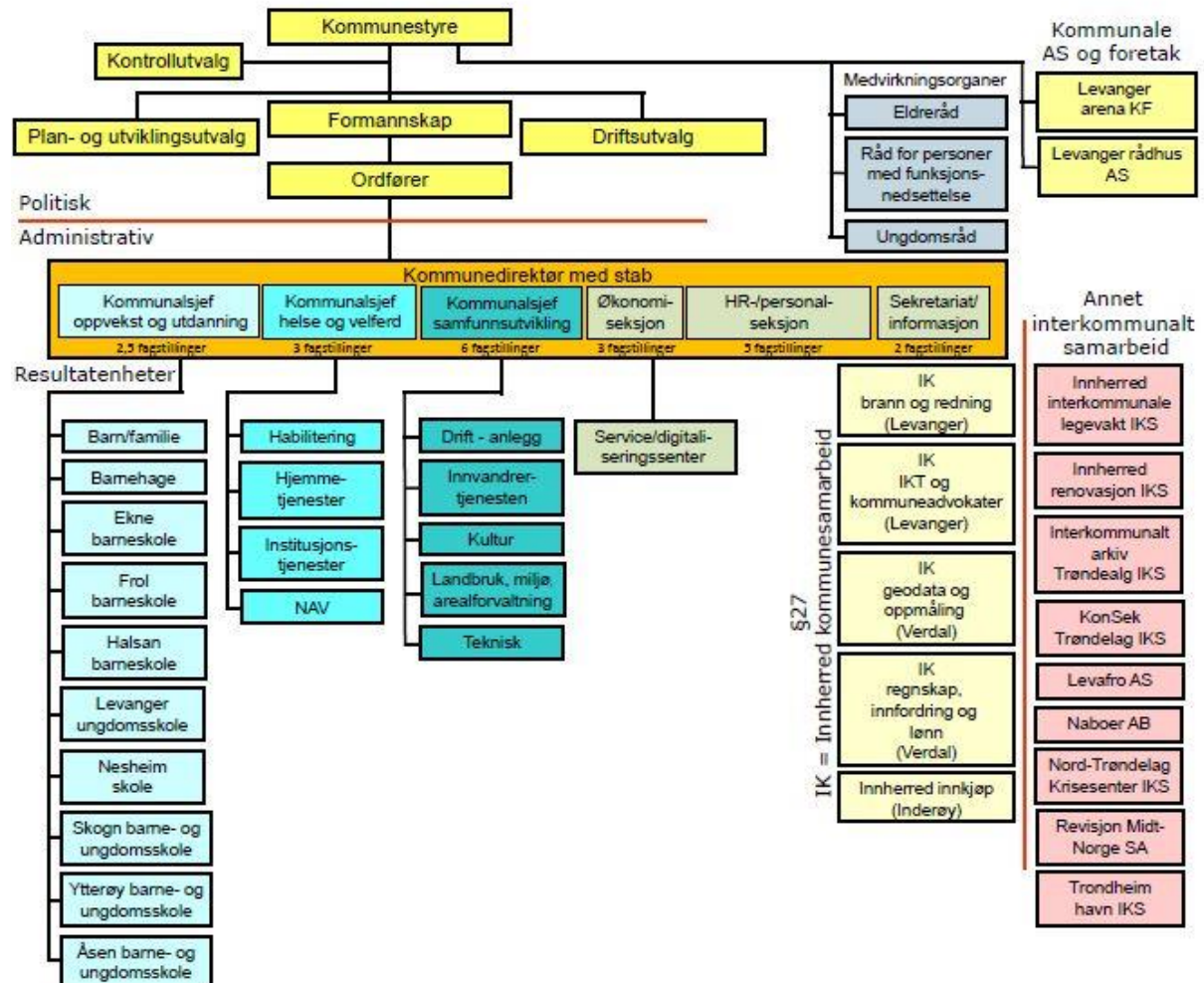
Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter	prosent	6,3	4,9	4,6	4,7	5
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere	årsverk	10,7	12,5	11,8	12,5	11,5
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggere	årsverk	8,7	8,2	8,9	8,1	9,7
Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år	årsverk	35,8	57,2	48,4	47,5	44,1
Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst	prosent	101,8	106,5	97,3	98,6	93,4
1Fram til og med 2016 beregnet en indikatoren som andel PLASSER i enerom. Etter det gjelder alle år bare andel enerom.						

KOSTRA Nøkkeltall, oppdatert 15.06.20, ssb.no

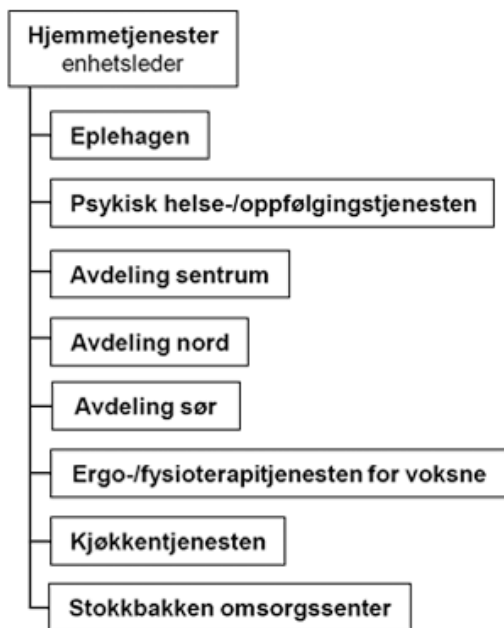
Vedlegg 2: Organisasjonskart

Hentet fra kommunenes nettsider

Levanger kommune



Resultatenhet Hjemmetjenester

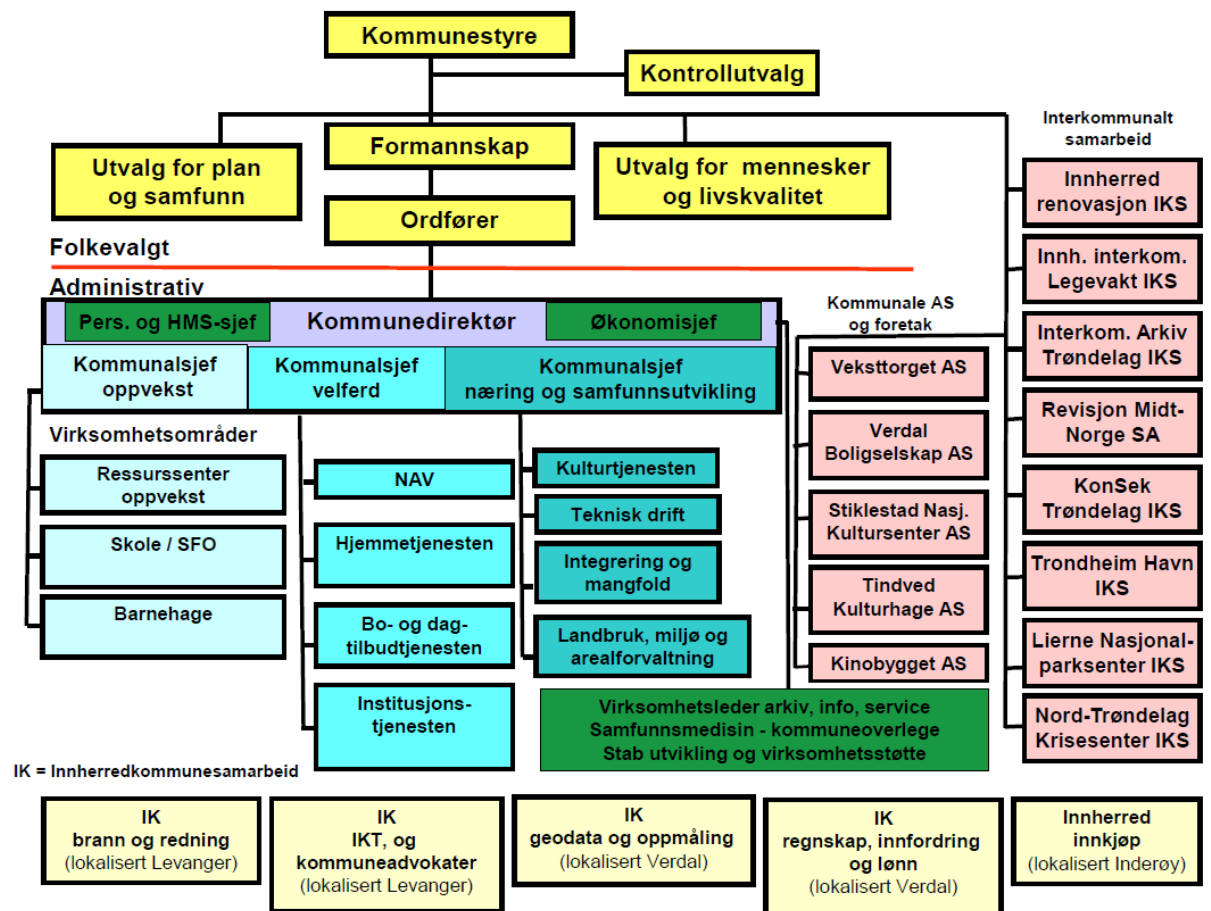


Resultatenhet Barn og familie



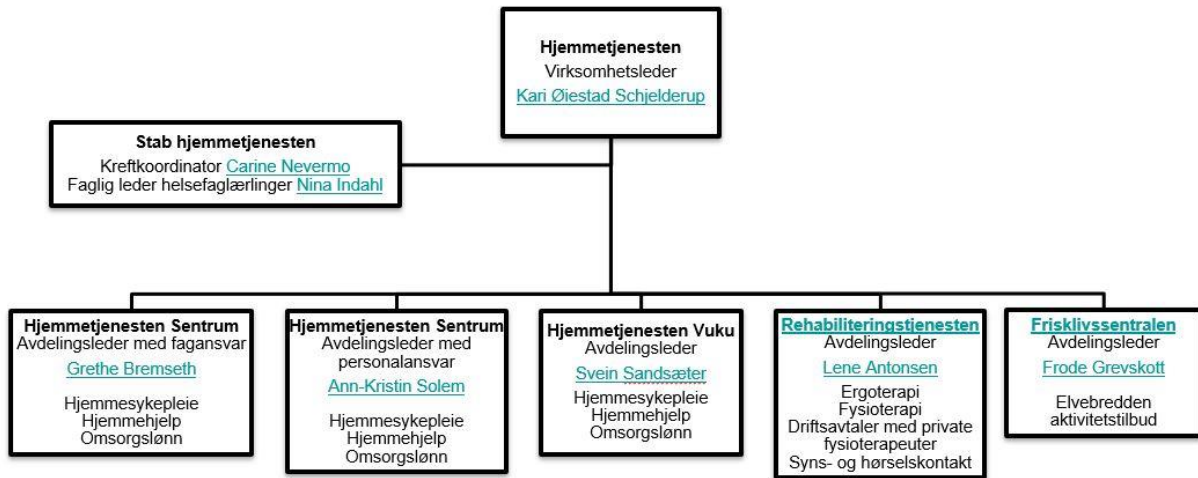
<https://levanger.kommune.no/Organisasjon/>

Verdal kommune



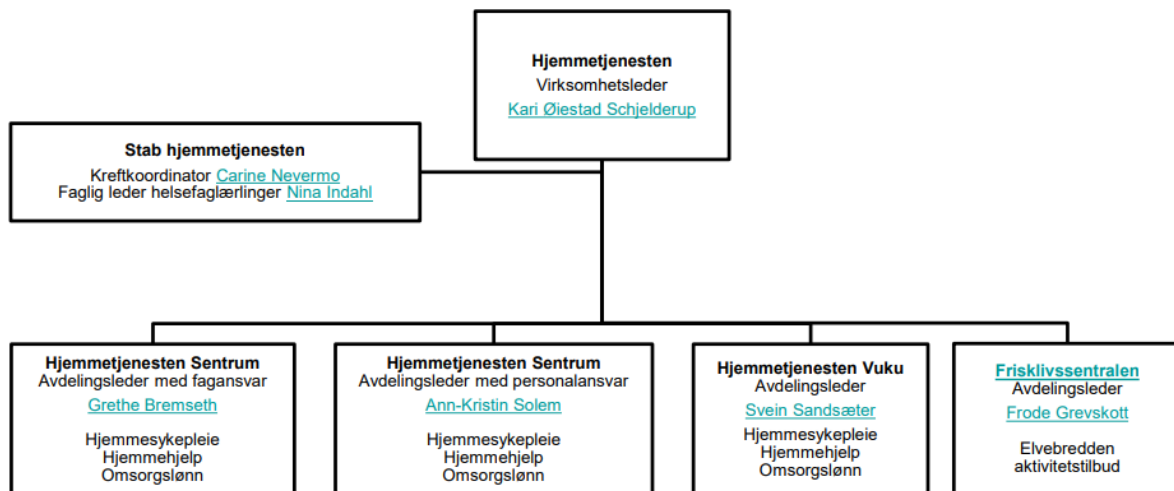
Hjemmetjenesten, organisasjon

Oppdatert 29.10.2020



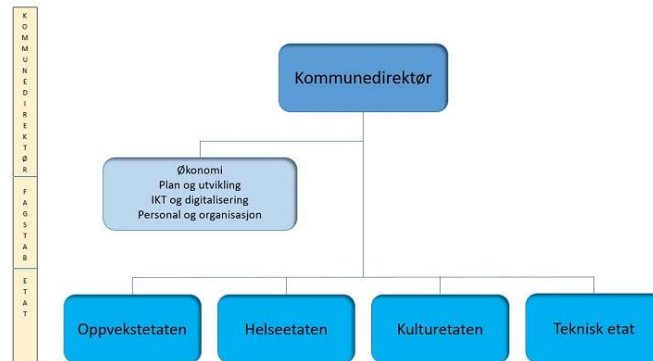
Hjemmetjenesten, organisasjon

Oppdatert 15.03.2021

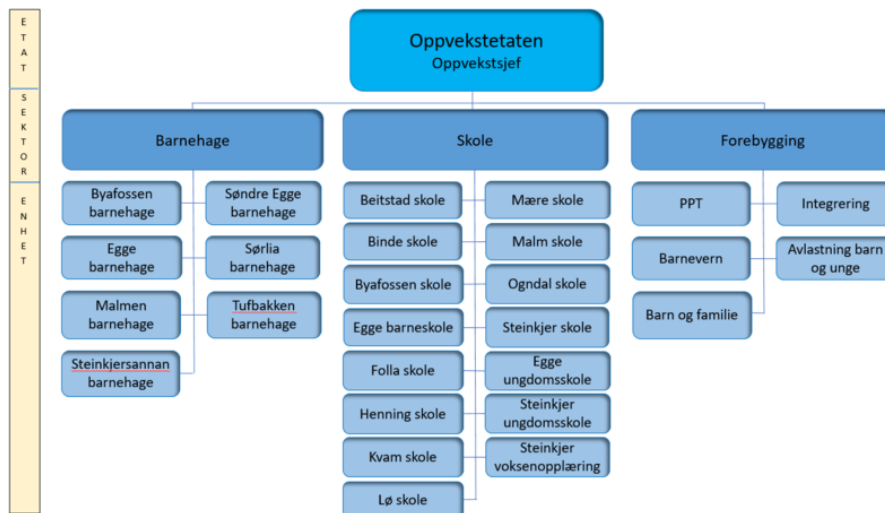


<https://www.verdal.kommune.no/Organisasjon/>

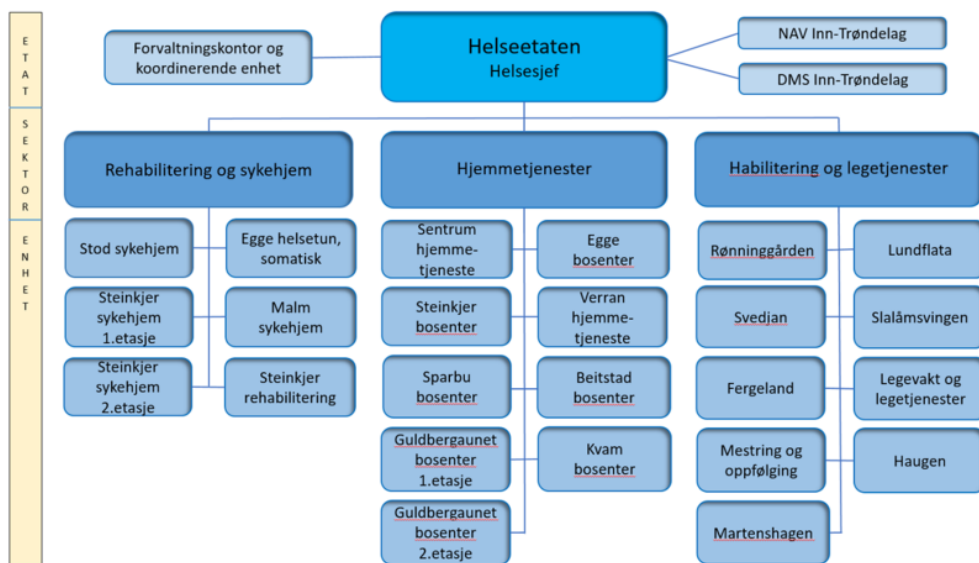
Steinkjer kommune



Etat oppvekst

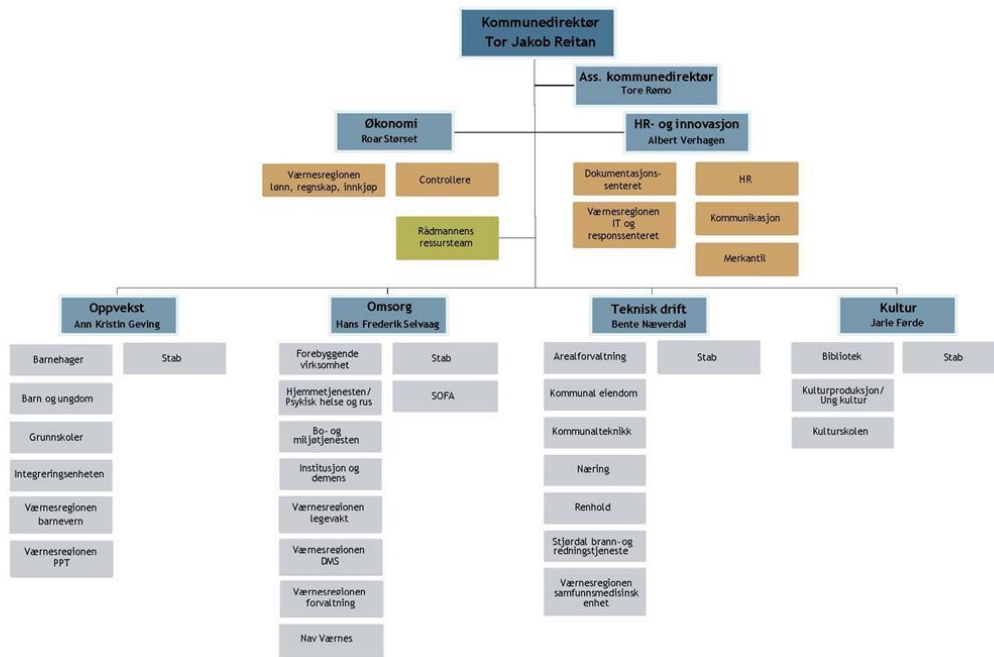


Etat helse

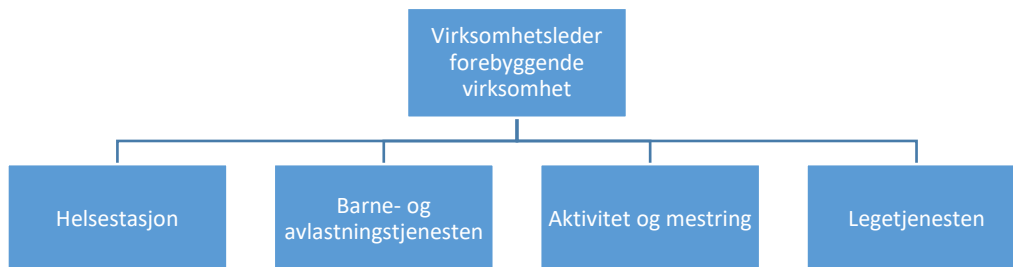


<https://www.steinkjer.kommune.no/organisering.460837.no.html>

Stjørdal kommune



Forebyggende virksomhet



<https://www.stjordal.kommune.no/tjenester/om-kommunen/ledelse-visjon-og-mal/>